

## EMBARQUEMENT IMMEDIAT.... Ou presque

Notre expérience en AFT est particulière, liée à la recomposition de la sectorisation parisienne dans un premier temps et dans un second temps à la réunification de deux secteurs de psychiatrie générale. Un mélange de pratiques qui nous a poussés à redéfinir régulièrement notre cadre thérapeutique et à réorganiser l'ensemble de cette activité.

Les questionnements qui nous ont agité ont été jusqu'à la pertinence de ce type d'accueil pour les patients que nous accompagnons.

Ce qui nous a permis de continuer en gardant le plaisir et le désir pour cet accueil ce sont les patients qui nous l'ont offert.

### **Embarquement immédiat donc... ou presque....**

Notre travail repose sur une équipe composée de trois infirmières qui sont au plus près des familles et des patients. Elles interviennent par le biais de visite au domicile lors desquelles elles observent, recueillent des informations sur les interactions, comportements et milieux environnementaux dans lesquels évoluent familles et patients. Elles ont aussi un rôle auprès des familles, les aidant à réfléchir et à solutionner les diverses préoccupations, tenter de répondre à leurs questions et les aider à trouver des aménagements.

Par ailleurs les familles bénéficient d'entretiens individuels avec la psychologue qui les aide à donner un sens à leur travail mais aussi aux différentes manifestations parfois déconcertantes des patients qu'elles accueillent. Ces rencontres permettent une mise en lumière pouvant faciliter l'élaboration psychique sans laquelle les familles ne pourraient avancer et dépasser les positions archaïques dont elles-mêmes sont parfois l'objet.

Souvent d'ailleurs l'équipe s'emploie à soutenir et professionnaliser ces familles qui désespèrent de ne pas être objet de reconnaissance pour le prendre soin qu'elles prodiguent.

### **Comment pensons-nous ce voyage en AFT ?**

Pour nous l'AFT a plusieurs sens, une alternative à l'hospitalisation, une tentative de réactiver une position subjectale et aussi une tentative pour remobiliser l'organisation psychique et les ressources chez des patients longtemps hospitalisés. C'est une étape qui s'appuie sur un travail d'autonomie et de socialisation autour du quotidien.

L'indication se pose moins en termes de diagnostic mais plutôt en termes de possibilité dynamisante dans le parcours du patient.

Cela suppose une nécessaire rêverie que l'équipe pourrait projeter sur le patient. Cela nécessite aussi que le patient ait la possibilité d'entendre et de saisir cette offre. Et au final cela demande une mobilisation institutionnelle de la part du patient, de l'équipe qui demande l'accueil, de l'équipe CMP voir centre de jour, et de l'équipe AFT.

### **Décollage et rêverie pour André**

André est né en 1958 sa mère était gardienne d'immeuble dans le 4<sup>ème</sup>, il avait un frère qui est décédé. Il a vécu avec sa famille jusqu'en 1995 et a quitté le domicile familial après le DC de sa mère et de son frère. Il a alors connu une vie d'errance et de SDF dans le quartier du marais. Recueilli de

façon très partielle par des amis de la famille, il vit dans leur cage d'escalier. Cette famille lui sert d'adresse pour qu'il reçoive son RMI depuis 1996. Elle lui donne les soirs un peu de nourriture.

Il a été signalé à l'équipe de secteur en 2005, par le service de médecine de l'Hôtel Dieu, où il a été soigné suite à une altération de son état général après ses années d'errance.

A son admission, André présente un repli autistique avec des difficultés de compréhension et d'élocution. L'équipe note un contact très distant probablement accentué par les habitudes de vie d'errance et d'isolement.

Sur le plan psychiatrique, l'instauration d'un traitement par Risperdal en action prolongée et l'accompagnement aux gestes de la vie quotidienne permettent à André d'améliorer son contact vis-à-vis du personnel et de se montrer totalement autonome dans les gestes de la vie courante en institution. Il ne présente pas de troubles du comportement, est très adapté dans la vie du service. Il ne montre pas de désir de sortie du service.

L'ensemble des démarches effectuées avec André sont réalisées avec son consentement et il semble comprendre la nécessité d'un séjour de convalescence pour ses troubles somatiques. Admis en Clinique, il fugue et nous le retrouvons plus tard à l'hôpital où nous envisageons le projet d'AFT.

### **Comment avons-nous préparé André ?**

En décembre 2005 le médecin du service lui parle de l'AFT. Il ne paraît pas opposé mais a-t-il vraiment compris ? En tout cas son désir est de rester sur Paris. Le 4<sup>ème</sup> est son endroit de vie. La famille qu'on lui propose est à 50 kms de Paris accessibles en RER, certes, mais loin de son idéal.

Une première rencontre est effectuée avec la famille. André dit très vite qu'il ne souhaite pas y aller et qu'il préfère vivre sur le palier de la famille qui le recueille de temps en temps. Pendant la rencontre, il est peu loquace, ne montre aucune adhésion au projet.

L'équipe essaie de continuer le projet et André va y passer une première nuit. Il dit toujours que c'est trop loin. L'équipe met en place un autre projet pour l'ouverture d'un foyer de vie dans le 4<sup>ème</sup>. André y est très favorable mais l'ouverture sera longue et l'hospitalisation ne peut plus être pensée comme au long cours. L'équipe re-propose alors la Famille d'accueil dans l'attente. André dit que c'est difficile de quitter l'hôpital mais accepte l'idée de tenter la famille d'accueil comme tremplin vers le foyer de vie.

### **Intégration progressive d'André dans la famille**

D'un contact difficile au départ, André reste distant, toujours avec cette sorte de repli autistique, une absence de demande ou d'expression de son ressenti.

Lors de notre première visite, André demande à être réhospitalisé. Au début il ne dort pas, passe ses nuits à fumer.

Il s'absente tous les jours pour aller dans le 4<sup>ème</sup> voir la famille à qui il réclame de l'argent et rentre fort tard.

Après un réajustement et l'établissement de règles un peu plus précises, André se sent mieux dans la famille et ne réclame plus l'hospitalisation.

### **Quelle évolution en famille d'accueil**

La prise en charge quotidienne et de proximité avec la famille lui a permis d'améliorer peu à peu le contact. La famille va instaurer des habitudes de vie ritualisées autour de l'hygiène et autour de la vie quotidienne.

Il apprend ou ré apprend les formules de politesse simples, l'observance des heures de repas, de sommeil, des petits services à rendre, du ménage de sa chambre ou des parties communes, des horaires.

Toutefois une stimulation pour tout cela est nécessaire.

Il présente un mieux être évident au sein de cette famille, au travers de sa présentation physique. Il observe les règles familiales et également un attachement qu'il ne verbalise toutefois pas et cela reste une frustration pour la famille.

A l'extérieur, André conserve des liens avec une famille amie de sa maman. Il se rend tous les jours dans le 4<sup>ème</sup> arrondissement de Paris à ce domicile.

Il leur est toujours très attaché. Cette famille continue à donner son avis dans les choix de vie d'André. Très autonome dans ses déplacements, il utilise les transports en commun (RER et métro). Cependant quand il vient sur Paris, la famille s'est aperçue qu'André ne mangeait pas à midi. Sans la sollicitation de la famille d'accueil, il oublie ses besoins vitaux et utilise ses maigres ressources pour le tabac et du café.

André fréquente aussi le centre de jour 2 demi journées par semaine et consulte aussi son médecin psychiatre sur le CMP.

Des problèmes somatiques apparaissent sans qu'André ne les signale.

Aux premières vacances de la famille, André part en maison de repos, au retour, il est à nouveau très replié sur lui-même, sale et amaigri. Il se dit content de revenir en famille d'accueil. Ce qui fait du bien à la famille qui se sent peu valorisée par ce patient.

### **Fin du voyage pour André suite à des turbulences non prévues...**

En effet, les turbulences sont une décompensation somatique grave avec un ulcère gravissime puis avec une suspicion de tuberculose. Cette suspicion met alors la famille dans un état de sinistre ! Chaque membre est obligé de passer des examens, tout le monde à rendez vous à l'hôpital, le petit fils est hospitalisé 3 jours, la nounou ne veut plus s'en occuper ensuite. Les voisins regardent avec crainte, les amis s'énervent, le reste de la famille est en colère !

Dans l'affolement général, la famille d'accueil dit ne plus vouloir reprendre André.

Lui de son côté commence à pouvoir dire que la famille d'accueil lui manque, qu'il s'y sentait bien et qu'il a envie d'y retourner.

La sortie de l'hôpital général est programmée trop tôt pour qu'on puisse travailler le retour d'André dans la famille. La souffrance liée à la suspicion de tuberculose est encore trop actuelle, trop vivace.

André part alors dans des foyers de post cure somatique puis il est admis dans un foyer de vie transitoire. Dès son arrivée dans ce foyer il redemande à aller dans la famille d'accueil. Mais plus d'un an s'est passée et la famille accueille alors un nouveau patient. Celle-ci n'est plus réticente à le revoir ni à l'accueillir, mais la place n'est plus disponible.

Drôle d'atterrissage pour André et vous pourriez penser que notre travail a été vain. Hors, nous avons pu voir concrètement que ce voyage en Famille d'accueil a été bénéfique pour André. La mobilisation de l'équipe AFT autour de lui a permis aux équipes de CMP de prendre le relais et de continuer un accompagnement qui n'allait pas de soi auparavant. Son voyage continue et il va intégrer en septembre un foyer dans le 4<sup>ème</sup> arrondissement.

---

### **Deuxième vol mais celui-ci est un long courrier....**

Jeannette est née en 1947, son père était médecin, il est décédé à 47 ans suite à une crise cardiaque lorsqu'elle avait 5 ans et demi. Sa mère s'occupe alors de ses trois enfants. Elle est décédée en 1975. Jeannette est la plus jeune de la fratrie. Son frère est docteur en droit, sa sœur est médecin.

Nous n'avons que peu d'éléments sur sa petite enfance. A 15 ans entreprend un CAP de comptabilité. Nous avons notions de difficultés importantes, de lenteur et de désobéissance.

Elle consulte pour la première fois en psy à l'âge de 12 ans. A 14 ans elle est en internat chez les dominicaines et ses premiers troubles avec des éléments persécutifs. Elle est hospitalisée à 18 ans pour une bouffée délirante polymorphe. Elle est à nouveau hospitalisée à 19 ans et un diagnostic de schizophrénie est évoqué. Elle présente un contact superficiel, des barrages, une discordance, un délire de persécution, un syndrome d'automatisme mental et une anxiété profonde. Au fur et à mesure de l'hospitalisation vont apparaître un comportement obsessionnel avec peur de la saleté, de sentir mauvais et phobie des microbes. Elle présente aussi des stéréotypies gestuelles et des actes impulsifs et agressifs.

De nombreuses hospitalisations parsèment alors son chemin ainsi que deux AVC successifs. A partir de mars 1996 elle intègre une première famille d'accueil qu'elle épuise rapidement. En entretien avec la famille de Jeannette la question a été posée pour savoir pourquoi elle ne s'était pas plu dans cette famille. La réponse a été que celle-ci était trop douce et trop bonne et que de ce fait Jeannette se sentait en prison. Le frère ajoutant que pour elle, il lui fallait de la fermeté sinon dit il « elle nous passe par-dessus, elle a bon cœur mais peut être exigeante, elle a besoin d'affection mais peut être désagréable, elle vous boulotte »

En 1997, elle intègre une nouvelle famille.

Jeannette rencontre la famille dans un café, le premier contact est bon, elle pose des questions et se dit prête. Elle souhaite même être accueillie rapidement. Elle visite dans un deuxième temps la maison qu'elle trouve spacieuse et jolie. Rencontre avec le deuxième patient que la famille accueille, pose toujours des questions qui sont pertinentes. Une autre rencontre est proposée avant la signature du contrat.

Le jour de la signature, Jeannette refuse d'aller en famille. Elle a passé le week end chez son oncle et l'équipe pense qu'elle a pu être influencée par sa famille.

3 jours plus tard passe toutefois une première journée dans la famille, elle rentre à l'hôpital enchantée de sa journée.

L'intégration est très progressive, une journée puis une autre. Une réunion est organisée avec sa famille, l'équipe et la famille d'accueil. Le frère pose beaucoup de questions quant à l'expérience d'accueil. Ils s'expliquent mutuellement leur parcours, décident de l'argent de poche à donner à Jeannette, s'échangent leur numéro. Le frère dit à l'accueillante de ne pas hésiter à l'appeler en cas de besoin et effectivement pendant toute la prise en charge, ils sont restés très en contact et une partie nous a peut être échappé notamment à la fin.

Un mois après la première prise de contact, Jeannette est intégrée dans la famille.

Les débuts sont plutôt bons, elle est coopérante, participe à la vie de la famille. Seul bémol, elle est habillée avec les vêtements de l'hôpital car le frère n'a pas fait le versement de ce qu'il devait faire pour l'achat d'un trousseau. Finalement l'oncle de Jeannette lui donne quelques robes usagées et le frère revient sur ses dires et ne veut pas donner de l'argent pour le trousseau puis envoi un chèque un mois plus tard. Jeannette est alors transformée et radieuse avec ses nouvelles robes, elle exprime des sentiments personnels, va au cinéma avec l'autre patient.

Les problèmes d'argent vont perdurer, et donner une ambiance particulière à la prise en charge. L'équipe propose que l'argent passe par elle pour éviter de mettre la famille d'accueil en première ligne. L'oncle chez qui Jeannette va en week end confisque ses collants en disant qu'ils coutent trop cher, ne respecte aucun horaire de sortie. Le frère est à nouveau impossible à joindre pour les questions financières. Finalement c'est sa femme qui décide de s'occuper de la gestion financière car dit elle son mari est débordé. Pendant quelques années les problèmes vont perdurer. Ce qui va énormément angoisser Jeannette, Elle va en garder un souci constant.

Tout changement dans le programme d'une journée va devenir facteur d'angoisses, de stress, d'irritabilité, de troubles du comportement. De plus en plus récalcitrante lors de la toilette, elle doit être aidée de plus en plus.

Lors du projet de départ en retraite de la famille d'accueil, l'équipe propose à Jeannette et à sa famille de réfléchir à un placement en maison de retraite. Les temps de vacances de la famille

d'accueil sont mis à profit pour proposer à Jeannette des séjours temporaires dans différentes maisons de retraite pour qu'elle puisse avoir un aperçu de la vie possible dans ces institutions.

Nous trouvons finalement une maison où elle se sent bien, les séjours temporaires sont programmés. Sa famille est informée de nos démarches. Lorsque la date de départ se précise, la famille nous informe qu'elle ne cautionne pas notre choix alors que Jeannette se sent de mieux en mieux dans cette maison. Turbulence, trous d'airs et atterrissage sur un autre aéroport vont être le quotidien de la fin de cette prise en charge.

Malgré tout, les conseils de l'équipe ont été entendus par la famille. Ils trouvent un autre lieu où Jeannette se pose en catastrophe, mais ne cherchent pas à donner d'elle une fausse image. L'équipe qui la reçoit est attentive et ne la brusque pas et le tarmac est accueillant !

---

### **Vol intérieur sans préparation**

Olivier est né en 1962, il porte le nom de son père. Ses parents se séparent en 1970 et les deux enfants restent avec la mère. Son père est infirmier de secteur psychiatrique et artiste peintre très farfelu et surtout dépendant de l'alcool. Durant ses visites, il fait goûter la bière à son fils ; Olivier serait dépendant depuis l'âge de 15 ans. La relation est très conflictuelle entre la mère et le père ce qui amène une rupture dans les visites. Olivier reste de longues années sans voir son père et ce jusqu'à sa mort en 2004.

Il est suivi par le secteur depuis novembre 1993 pour des épisodes maniaques. Il est très régulièrement hospitalisé et souvent sous contrainte.

Sa mère relate qu'il travaillait bien à l'école, a passé son bac. Il est rentré au conservatoire de musique où il a obtenu un diplôme supérieur au bout de 5 ans. Il aurait aimé faire des études de biologie mais ses parents n'avaient pas les moyens. Par la suite il a suivi une formation de menuisier et obtenu un CAP à 28 ans.

Il tente de travailler dans le bois mais s'aperçoit vite qu'il ne peut pas tenir. Il tente de se récupérer dans les livres en lisant jour et nuit mais replonge au niveau alcoolisation massive.

En 1996, sa compagne avec laquelle il vit meurt d'une TS.

En 2003, la scène se reproduit avec sa nouvelle compagne qui meurt sous ses yeux. Cela le fait replonger dans une période de grave dépression.

Il a suivi ensuite de multiples cures de désintoxication.

### **Pourquoi l'AFT ????**

Il nous semble là qu'il n'y a pas de réponse autre que le découragement des équipes qui suivent Olivier et le manque de perspectives. Du coup, le désir un peu émué et l'envie toutefois de tenter quelque chose a motivé ce décollage....

Entre le moment où il a été proposé l'AFT et l'intégration, il a dû se passer quelques jours.

La première rencontre avec la famille se passe autour d'un café dans un lieu neutre. Olivier leur demande les motivations pour faire un tel travail. La discussion est courtoise et élaborée. Olivier donne son accord pour cette prise en charge. Il semble que la famille et Olivier partagent un certain nombre d'intérêts. Olivier qui est toujours hospitalisé sort sans autorisation pendant cette période et ne revient que le jour même où était programmé un week end chez la famille d'accueil. Il y va mais est très inquiet pendant le parcours.

Le week end se passe très bien, il en revient enchanté. Le fils de la famille lui a fait un dessin et il lui a raconté des histoires. Il a envie de transmettre ce qu'il sait, et faire passer ses passions.

Il va ensuite y passer 5 jours. Trouve des avantages à vivre ainsi, fait la comparaison avec sa propre famille, trouve celle-ci très uni, chaleureuse et vivante.

Au retour de ce petit séjour, Olivier est triste, il va voir sa mère et devient alors très négatif vis-à-vis de la famille d'accueil.

L'intégration est toutefois proposée mais Olivier s'enferme dans le silence, angoissé, il préfère rester seul.

Dit se sentir surveillé par la famille, se sent isolé, supporte mal les contraintes familiales. Sa mère dit ne pas comprendre l'intérêt du placement familial alors qu'il a une famille.

Il s'alcoolise à nouveau et demande à aller à l'hôtel plutôt que dans la famille.

Arrêt de l'AFT après un peu plus d'un mois d'essai.

Peut être que notre vol était mal préparé, peut être était il trop rapide mais l'équipage n'était pas en grève. Ce travail nous a permis notamment pour Olivier et même pour André de faire un pas de côté qui est soutenu fortement par l'engagement des familles. Et ce pas de côté a permis aux équipes qui suivent Olivier de se décoller aussi du quotidien. Olivier est suivi actuellement sur son hôtel par l'équipe du CMP. Pas d'hospitalisation depuis le voyage en AFT.

Il est vrai que pour chaque arrivée, chaque voyage en AFT nous n'avons pas de schéma list, nous nous reposons sur quelques fondamentaux.

Par ailleurs, l'investissement et le positionnement par rapport au nouvel espace proposé par la famille, a été pour nous un facteur important quant à l'évolution du patient, car la "façon d'habiter" un lieu est toujours un indicateur fidèle et bavard.

Plusieurs études aussi bien sociologiques que psychanalytiques ( De Certeau; Mayol; G.Pankow; Maldinay ; Sassolas etc) nous montrent qu'on habite l'espace comme on habite son propre corps. Pour les psychotiques cette question se pose constamment, étant donné le rapport qu'ils entretiennent avec leur corps et image corporelle.

De la même façon nous sommes confrontés à la question du "dehors" et du "dedans" : de par notre pratique soignante nous savons que lorsque le dehors devient synonyme de danger, le dedans se transforme en camp retranché et se replie sur lui même. A la même image l'espace habité devient un coffret capitonné ou l'air ne passe plus et la chaleur devient étouffante...

Nous sommes donc aux prises, et la famille d'accueil en première ligne, à la nécessité d'un travail de socialisation et de symbolisation, souvent difficile à faire intégrer tant à l'extérieur de l'habitat que à l'extérieur.

"Tu rentres ou tu sors ???" Cette petite phrase que l'on entend souvent dire aux patients immobiles, figés sur le seuil de la porte...

Pour nous " limite" entre le dedans et le dehors mais pas pour eux...

alors, c'est bien à nous, avec les familles d'accueil et les patients de chercher à construire une autre "porte" qui fasse limite entre l'extérieur et l'intérieur en laissant rentrer "un peu" d'extérieur et /ou sortir "un peu" d'intérieur....

Il nous faudra donc, à nous tous, familles, soignants, patients du TEMPS pour créer un ESPACE...

Impossible pour nous de terminer cet exposé, puisque nous sommes continuellement en voyage... Et nous attendons que vous vous joigniez à nous pour un bout de chemin...

Rosella Passera – A-Marie Leyreloup et l'équipe de l'AFT Pôle Paris Centre