

## **A.F.T à court terme : un tremplin ?**

Nous allons nous présenter. Elisabeth LEFEBVRE et Damien NOU qui sont infirmiers, le Docteur Véronique LAVISSE et moi-même Isabelle MARCANT qui suis cadre de Santé.

Nous travaillons sur L'Etablissement Public de Santé Mentale de l'Agglomération Lilloise. C'est un EPSM de taille importante avec de la psychiatrie adulte, de la pédopsychiatrie, un département de psycho-réhabilitation, un intersecteur de toxicomanie et une MAS.

En ce qui concerne la psychiatrie adulte, l'établissement dispose de 4 secteurs sur Roubaix, un secteur sur Villeneuve d'Ascq et 3 secteurs sur Lille.

Notre secteur est le 59G24. C'est la partie Est de Lille. C'est un secteur uniquement urbain de 65 000 habitants (chiffre de 2005). Nous avons une unité d'hospitalisation de 20 lits sur L'EPSM et un CMP implanté sur Lille distant de 6 kms.

En 2005, nous avons changé de médecin coordonnateur. Il souhaitait que nous développions les alternatives à l'hospitalisation que sont L'HAD et l'AFT.

Nous avons donc créé une unité que nous avons appelé unité de soins ambulatoires intensifs basée au CMP réservée à l'HAD et à l'AFT avec une équipe spécifique d'un médecin coordonnateur à temps partiel de 3 infirmiers à temps plein, d'un éducateur à temps partiel. Le cadre de santé gérant l'équipe CMP et l'équipe de soins ambulatoires intensifs.

Nous avons commencé par faire de l'HAD en juin 2008. En fait, c'est de la prise en charge intensive pour l'établissement qui n'a pas officiellement d'HAD. Nous disposons de 5 places.

En ce qui concerne l'AFT, le projet initial était de disposer de 5 places.

En 2009, nous avons recruté une famille qui a effectué 2 accueils puis l'accueillant familial a mis fin à son contrat.

En 2010, nous avons recruté 3 familles. Une première famille en début d'année qui avait 2 agréments et une expérience antérieure d'AFT qui nous a été très utile. Puis en fin d'année, 2 familles avec un agrément, sans expérience.

A ce jour, nous disposons de 2 familles d'accueil à 1 place chacune. Nous avons fait à peu près 50 accueils d'une durée moyenne de 26 jours. Nos accueils vont d'une semaine à 3 ou 4 mois. Nous pratiquons le court terme et le moyen terme.

Nous sommes venus aujourd'hui pour faire part de notre expérience en AFT à court et moyen terme. Notre communication s'intitule « AFT à court terme : un tremplin? ».

Pour ce faire, nous avons choisi de vous parler d'un accueil. Celui de M. . Nous aurions pu en évoquer plein d'autres. Nous le ferons peut être avec vous au décours de la discussion.

***Je vais laisser la parole à Elisabeth qui va vous le présenter.***

**Afin d'illustrer le tremplin que peut constituer l'Accueil Familial Thérapeutique, nous avons choisi de vous présenter le cas de M. Début 2011, un AFT qui a duré trois mois, est proposé à M. à la suite de sa 4<sup>ème</sup> hospitalisation en moins d'un an. Le patient n'était pas connu antérieurement de notre service.**

**Je vais m'arrêter sur certains détails de son histoire qui se révéleront importants pour notre réflexion**

sur l'AFT.

M. est un jeune homme de 23 ans, très grand, longiligne, vif, plutôt intelligent, le plus souvent souriant, de contact facile et en perpétuel mouvement. Il se décrit comme un hyper actif.

Ses parents se sont séparés alors qu'il avait 4 ans. De cette union sont nés trois enfants. Il est le troisième. Il a également un demi-frère plus âgé issu d'une première union de la mère et un demi-frère plus jeune, né après la séparation, issu du remariage du père.

Ses parents travaillent tous les deux : sa mère comme auxiliaire de puériculture dans une crèche, fait partie d'une association interculturelle avec la Chine, est d'obédience bouddhiste. Le père est ingénieur topographe.

M. n'a jamais accepté la séparation de ses parents. Il a vécu jusqu'à l'âge de 8 ans chez sa mère et de 8 à 15 ans chez son père, sa mère ayant été amenée à s'occuper plus particulièrement de son fils aîné, toxicomane à l'époque. Il ne s'entend pas avec sa belle-mère. M. a une scolarité normale.

A 15 ans, il prend son envol chez les compagnons du devoir pour y faire une formation de pâtissier, prévue en 7 ans. Mais l'estimant trop rigide, il l'interrompt au bout de trois ans une fois le CAP en poche.

S'ensuit une grande période d'instabilité. Sur le plan professionnel, il occupe plus de 15 emplois, tout en parcourant la France. Se faisant systématiquement squatter, il est expulsé de ses trois logements successifs. Il gère mal son budget et trouve régulièrement refuge au domicile maternel.

C'est ainsi qu'en avril 2010, la mère nous l'amène pour la première fois en consultation au CMP, ce après qu'il ait été hospitalisé, un mois auparavant, pour la première fois en psychiatrie, en HL à Thuir pendant une semaine. Il avait été alors retrouvé dans un état délirant sur le chemin de Compostelle.

Lors de ce premier contact avec le CMP, M. qui très vite a arrêté son traitement, présente un délire floride. Il évoque la « matrice » du film MATRIX, se dit immortel, capable de se désincarner et de se réincarner. Il a comme « mission » de changer le monde et se dit capable « d'entrer en télépathie » avec les gens qu'il perçoit avec des « halos de couleurs reflétant leurs énergies mentale et physique ». Il pense parfois que sa mère est le « diable » parce qu'elle ne le comprend pas !

Ses idées délirantes, son instabilité psychomotrice, l'altération de son sommeil sont amplifiées par la prise régulière de cannabis.

M. accepte une hospitalisation temps plein en HL et répond favorablement au traitement. Comme M. supporte mal la sensation d'enfermement à l'hôpital, après une semaine, la sortie qu'il demande est acceptée, conditionnée à un suivi ambulatoire intensif. Il ne respectera pas le contrat en fuguant du domicile maternel et nous n'aurons plus de nouvelles de lui durant quelques semaines.

Cette situation mène, fin juin 2010, à sa troisième hospitalisation temps plein, cette fois en HDT. Nous retrouvons alors le même contexte délirant après rupture du traitement psychotrope et prise de cannabis. Il devient également de plus en plus menaçant envers sa mère, qu'il veut rallier à sa cause.

24 heures après son admission, il réussit à fuguer, en escaladant, au péril de sa vie, le mur de l'hôpital. Deux jours plus tard, il se présente spontanément au CMP.

Nous négocions alors avec M. des soins ambulatoires intensifs, comportant une VAD par jour ou un entretien infirmier au CMP et délivrance journalière du traitement.

Durant cette prise en charge, il nous dit : « C'est pas mal d'aller bien ».

Il refait des démarches pour un emploi de pâtissier avec une embauche possible début août. Il a également un projet de partir en Chine en février 2011, y rejoindre un ami de la mère et ouvrir conjointement une pâtisserie. Les parents adhèrent à ce projet.

Alors qu'une amélioration clinique est constatée, M. interrompt les soins en juillet 2010 car il veut participer à un festival de jonglerie qu'il pratique assez régulièrement.

Rapidement, il ne se rend plus aux consultations échappant par la même aux soins.

**10<sup>ème</sup> Congrès du GREPFA-France – Villeurbanne – 7 et 8 juin 2012 – Atelier 4**  
***EPSM Agglomération Lilloise - Secteur 59G24 – AFT à court terme : un tremplin ?***

Mi-décembre, sa mère nous interpelle sur l'état psychique de son fils. Il devient de plus en plus menaçant, voulant la séquestrer voire l'attacher pour la convertir.

Elle a mis un verrou à sa chambre, très inquiète pour lui et pour elle à la fois. Elle est désespérée.

Après notre intervention, l'aide de la police, du médecin traitant, la présence du père, il s'agit alors (décembre 2011) de la 4<sup>ème</sup> hospitalisation, 2<sup>ème</sup> en HDT, en moins d'un an. Comme lors de la précédente hospitalisation, il fugue dans les 24 heures et est ramené le lendemain par son frère.

M. est alors en isolement 48 heures, le temps que le traitement agisse.

Au cours de cette hospitalisation, deux synthèses à une semaine intervalle sont faites avec M., ses parents, un frère et une belle sœur. La schizophrénie est expliquée ainsi que l'importance du traitement, d'un suivi régulier et de l'étayage familial. La famille souhaite une hospitalisation d'un mois au moins. Malgré deux permissions de courte durée qui se passent bien dans la famille, sa mère ne souhaite plus qu'il vive au domicile. Elle se sent épuisée et toujours inquiète par rapport à l'avenir.

Après trois semaines d'hospitalisation, la pensée de M. redevient plus cohérente, se restructure. Il fait une analyse sereine de sa situation. Amélioré sur le plan psychique, il veut à nouveau absolument sortir!

Cependant, il n'a pas de revenu, pas d'emploi et plus de domicile.

M. est jeune, il a de réelles capacités de travail.

C'est pourquoi, une AFT, alternative à l'hospitalisation, lui est proposée pour ne pas perdre l'alliance thérapeutique et permettre, en tant que cadre transitoire suffisamment contenant, une réhabilitation psychosociale. Après quelques hésitations, il accepte d'essayer cette proposition.

***Je donne maintenant la parole à Damien qui va vous décrire comment s'est déroulé cet AFT et son intérêt pour M.***

**Pour ma part, je vais tenter d'illustrer l'évolution de la prise en charge de Maxime, tout en présentant la Famille d'Accueil Thérapeutique et le fonctionnement de l'équipe.**

Mr M. est admis le 14/01/2011, pour 15 jours, renouvelables. Il y est resté, au total, 3 mois. La première rencontre, entre l'accueillante et l'accueilli, se déroule toujours au CMP. Mr M. était en sortie d'essai d'HDT. Ce n'est pas une contre-indication.

Lors de cette rencontre, nous laissons chaque personne se présenter elle-même, en interférant le moins possible. Nous remplissons ensemble un document, appelé "faisons connaissance", qui est un outil que nous avons créé spécifiquement, afin de cadrer à minima, l'organisation de la vie familiale, avec le patient. Ce document est surtout utile, à la famille, pour rappeler au patient, les règles, si ce dernier a des difficultés à les intégrer.

En vue des antécédents de Mr M., nous avons proposé les objectifs suivants : 1° évaluation clinique; 2° la bonne observance du traitement et des injections retardes; 3° la poursuite des soins ambulatoires et 4° de l'accompagner dans sa réinsertion socio-professionnelle.

Après la signature des documents, celui dont je vous ai parlé précédemment, et un deuxième, celui du contrat, qui régit l'accueil, Mr M. est emmené par la famille d'accueil, en quittant la sienne. Nous interdisons les visites de sa propre famille, au domicile de celle-ci. En revanche, nous autorisons qu'il puisse voir sa mère, à l'extérieur, lors de permissions autorisées. Enfin, les échanges d'affaires se font par le biais du CMP.

La première semaine "d'immersion complète", dans la famille d'accueil, en corrélation avec les VAD quotidiennes, s'avère positive.

C'est une famille composée d'une dame, qui a l'agrément, d'un mari, qui travaille de nuit mais qui reste

**10<sup>ème</sup> Congrès du GREPFA-France – Villeurbanne – 7 et 8 juin 2012 – Atelier 4**  
***EPSM Agglomération Lilloise - Secteur 59G24 – AFT à court terme : un tremplin ?***

présent la journée au domicile et de 3 enfants, (11, 8 et 6 ans, au moment de l'admission). Cette famille a la particularité d'être très structurée, dans leur fonctionnement quotidien, où chaque membre a une place et un rôle bien défini. Les espaces de vie sont bien délimités et les rythmes journaliers, bien marqués. C'est pourquoi, nous l'avons choisie. De plus, son domicile est à proximité du CMP. Elle est d'origine tunisienne et musulmane pratiquante, ce qui est totalement différent de sa propre famille.

Mr M. s'adapte très bien à ce nouveau contexte familial et notamment aux enfants. Il est très compliant. Ses idées délirantes persistent à minima, mais il est capable de les contenir. Nous lui avons demandé de ne pas en parler en présence des enfants.

Dès la première semaine et pendant un mois et demi, il a vécu dans la famille d'accueil, avec un emploi du temps, redéfini chaque semaine avec lui, afin de mener à bien, à la fois son projet de soins, son projet socio-professionnel et d'apaiser les tensions familiales.

En effet, il participe à deux activités CATTP qu'il a choisies, l'art plastique et l'écoute musicale. Avec l'aide des éducateurs et de l'assistance sociale, il refait son CV, s'inscrit à pôle emploi, répond à des offres et fait des candidatures spontanées. Avec l'aide de la famille, il gère bien son traitement, et poursuit ses injections retardes. De plus, il ne prend plus de cannabis.

Grâce à elle, il supporte les frustrations dans les refus et apprend à écouter. Il apprend à respecter les horaires, le cadre familial et soignant, avec un minimum de réajustement. Il reprend un contact de bonne qualité avec son père, il déjeune avec lui une fois par semaine. Enfin, il a des permissions seul de 3 heures, pour aller se détendre à la piscine et dans les magasins de livres.

Dès le premier Week-End, en accord avec sa mère, il part tous les samedis, en journée, pour déjeuner chez elle, où il retrouve ses frères. Les permissions sont bien délimitées, par des horaires fixes. Dans un premier temps, nous l'accompagnons dans les trajets, puis il les fera avec son vélo.

Enfin, il finit par obtenir un entretien chez un pâtissier, le 18 février, avec 2 jours de mise en situation, qui débouche par une période d'essai de 2 mois.

Durant le reste des 3 mois, il travaille toute la semaine de 5h30 à 13h30, avec des repos, le mercredi et le dimanche après-midi, continue les soins et vient aux rendez-vous CMP, après son travail. Les rapports avec lui sont toujours de bonne qualité. Son traitement ne l'empêche pas de tenir le rythme intensif de son travail.

La famille d'accueil a favorisé cette insertion professionnelle en le motivant et en faisant office de cocon protecteur.

A un moment donné, la question de son futur domicile est de nouveau rediscuté. Il espère toujours retourné chez sa mère, mais lors d'un entretien, elle confirme que c'est inenvisageable. Il souhaite alors un logement seul avec une grande cuisine. Il garde parfois des idées inadaptées, car souhaite faire un laboratoire à gâteaux, dans son futur logement. Il a compris, avec notre aide, qu'un hébergement collectif, dans un premier temps était plus approprié. Il a encore besoin d'un étayage sécurisant et d'une situation financière plus favorable.

La prise en charge se termine le 06/04/11, par l'emménagement dans un foyer de jeunes travailleurs et continue son emploi en pâtisserie. Il est en rémission complète et parle de sa maladie. Il reste toutefois exalté mais arrive à se contrôler.

A ce jour, sa prise en charge ambulatoire au CMP continue et il a quitté son foyer pour un logement individuel.

***Après vous avoir illustrer l'évolution de sa prise en charge en AFT, je vais laisser la parole au Dr LAVISSE, qui souhaite, à partir de ce que nous venons de dire, évoquer l'intérêt de cet outil.***

**Si l'accueil familial a des vertus thérapeutiques éprouvées dans l'accueil au long cours, elles sont**

**moins connues pour l'accueil à court terme.**

Nous avons choisi de vous présenter l'histoire de M. car, pour ce patient, l'accueil à court terme au sein d'une famille était une solution thérapeutique très pertinente, voire même, sans cette possibilité nous aurions été probablement en difficulté pour l'aider à se soigner.

L'accueil familial peut être considéré comme une véritable valeur ajoutée mais également pour M. comme un tremplin.

En effet, du fait de l'importance de sa symptomatologie, M. nécessitait des soins conséquents. Or l'idée de l'hospitalisation était insupportable pour ce jeune homme, au point qu'il s'échappait dès qu'il le pouvait, au péril même de sa vie.

A l'extérieur de l'hôpital les liens avec sa famille étaient trop conflictuels pour que l'on puisse y trouver un étayage et livré à lui-même M. échappait rapidement aux soins, il se faisait envahir et squatter.

La famille d'accueil offrait à la fois un lieu de soins possibles mais également une place à M. dans un environnement structuré et sécurisant sur lequel il pouvait s'appuyer tout en conservant des liens avec sa famille d'origine.

La famille d'accueil thérapeutique est un lieu original de soins.

Les soins qui y sont prodigués peuvent être proches de ceux proposés à l'hôpital mais ils s'inscrivent dans un cadre très différent et répondent à une tout autre dynamique.

Ainsi au sein de la famille d'accueil en début de séjour, M. bénéficie, comme à l'hôpital, d'un entretien infirmier quotidien, de la délivrance journalière du traitement et d'entretiens médicaux bihebdomadaires. Par ailleurs le recours à un avis spécialisé reste possible 24 h sur 24 par l'intermédiaire du centre psychiatrique d'accueil permanent.

Mais contrairement à l'hôpital le patient va rapidement devenir acteur de ses soins en préparant son traitement, en se rendant accompagné puis seul au centre médico-psychologique où il peut participer à des activités thérapeutiques (cattp) et rencontrer l'équipe du cmp. Ceci permet d'améliorer la compliance ultérieure aux soins.

La famille d'accueil propose un cadre différent pour les soins. Le patient évolue dans un milieu non stigmatisé et étant le seul accueilli il se trouve davantage reconnu dans son individualité.

Ainsi la famille d'accueil n'est pas un simple ersatz à l'hospitalisation. Elle a offert à M. une place d'accueilli lui qui était alors en errance. Elle lui a permis de se réinscrire dans un rythme de vie régulier, dans un cadre où chacun est à sa place, dans des échanges verbaux constructifs et agréables. Au sein de la famille M. pouvait discuter de ses choix d'orientation professionnelle sans être soumis à la pression du désir de sa propre famille. Mais surtout le travail quotidien des infirmiers auprès de la famille permettait à M. de trouver un cadre qui se voulait thérapeutique.

Par exemple à l'admission M. présentait encore des idées délirantes qu'il partageait sans retenues avec l'espoir secret d'endoctriner de nouveaux adeptes. Ce symptôme clinique était une source de préoccupation pour la mise en place de l'AFT. Nous avons donc convenu avec lui qu'il pouvait parler de ses idées librement lors des visites quotidiennes de l'équipe infirmière, mais que, ce n'était pas un sujet de conversation pour les jeunes enfants de la famille. M. a toujours respecté cette consigne et a adapté son discours à l'interlocuteur en conservant des pensées plus personnelles. (actuellement il a même importé cette consigne dans son milieu professionnel).

**10<sup>ème</sup> Congrès du GREPFA-France – Villeurbanne – 7 et 8 juin 2012 – Atelier 4**  
***EPSM Agglomération Lilloise - Secteur 59G24 – AFT à court terme : un tremplin ?***

Les interventions quotidiennes de l'équipe infirmière permettaient également de soutenir la famille dans les limites qu'elle imposait à M.. Par exemple il lui a été interdit d'aller dans la chambre des enfants pour jouer avec eux et vice versa afin de délimiter le champ de l'intimité. (Ce qui n'était plus possible sans des verrous aux portes au sein de sa propre famille).

Le travail des infirmiers et de la famille a également permis de recréer des liens avec sa mère. La mère de M. était très inquiète en sa présence, le constat d'un hébergement sans problème au sein d'une famille la probablement rassurée.

Dans un premier temps, l'équipe accompagnait la transition entre les 2 familles : celle d'origine et celle d'accueil. Le trajet, à l'aller et au retour de la permission hebdomadaire accordée chez sa mère, se faisait accompagné d'un infirmier. Par la suite, le patient se rendait seul en permission, l'équipe encadrant la permission par un appel téléphonique, puis par la simple possibilité d'être contactée. On soupçonne que la possibilité pour l'équipe soignante de perdre progressivement toute maîtrise sur les actes d'un patient lui ouvrirait un champ thérapeutique.

Ce cas permet d'illustrer l'intérêt de l'accueil familial thérapeutique à court terme.

Concernant les indications de l'accueil familial thérapeutique bref on peut dire que l'on se trouve souvent face à des indications plus ou moins incertaines d'accueil familial et donc que l'accueil se joue toujours avec un risque, risque toujours plus ou moins calculé qui nous force à sortir de la volonté de tout contrôler .

Cet accueil tel qu'il est pratiqué par l'équipe permet d'élaborer un soin unique permettant une prise en charge individuelle logique et dynamique. Cette prise en charge s'appuie sur des règles qui sont communes à tous les accueillis (par exemple pas de sorties seul la première semaine, pas de visites chez les accueillants...) mais qui sont, par le biais d'un emploi du temps hebdomadaire, réadaptées de façon individuelle.

Les objectifs et le contrat de soins sont fixés à l'admission à partir d'un socle commun mais individualisés et réévalués régulièrement afin que chacun puisse s'inscrire dans un projet personnalisé et cohérent . Ce contrat posé pour le soin, associé à la médiation quotidienne réalisée par l'intervention des infirmiers sur ce lien accueillants-accueillis, permet de proposer un soin, l'accueil familial thérapeutique à court terme ayant une dynamique propre. Le patient étant acteur de ses soins, on constate une meilleure alliance thérapeutique au moment même de l'accueil mais aussi pour les soins ultérieurs donnés au CMP.

Elisabeth LEFEBVRE et Damien NOU, infirmiers  
Docteur Véronique LAVISSE  
Isabelle MARCANT, cadre de Santé