

**Les petites maisons d'Alba : Le trajet de patients adultes entre la rue,  
l'hôpital, le foyer post-cure vers l'accueil familial thérapeutique ...**

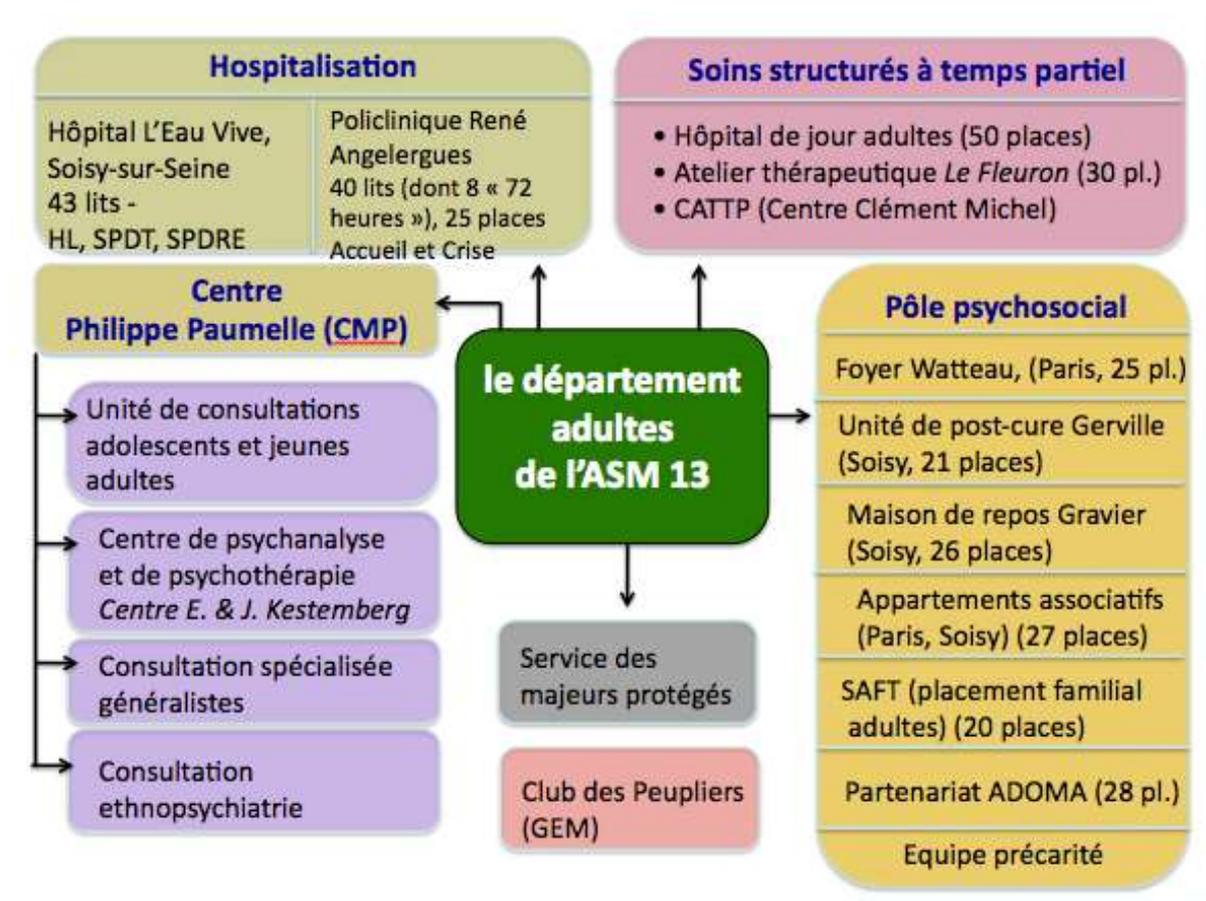
**Karine Nazir,**  
Psychologue clinicienne et psychothérapeute de groupe,  
ASM13, département adulte - pôle psychosocial au Centre hospitalier et résidentiel de  
l'hôpital l'Eau Vive.  
karine.nazir@asm13.org

Sujet proposé à l'atelier 4, vendredi 13 juin 2014 :

Être accueilli dans un espace nouveau nécessite pour le sujet de se sentir séparer d'où il vient. Dans l'histoire de Carroll Lewis, Alice demande au chat, assis dans son arbre, quel chemin elle doit prendre, le chat répond : "cela dépend de la où tu veux aller".

L'approche de la réinsertion sociale en psychiatrie adulte avec le patient ayant un long parcours de soin engage chacun des acteurs (patients, soignants, travailleurs sociaux, institutions et familles) sur des voies communes et différentes pour créer le mode de transport le mieux adapté. Le soin et l'accompagnement incarnent des dimensions spécifiques et en même temps elles sont bien liées car elles contribuent à l'unification de l'individu dans son être et son rapport à l'environnement. En effet, il est probable que nos dispositifs de soins et d'hébergements soient au fil des décennies un lieu d'appartenance secondaire pour le patient. Ainsi investir un espace, un endroit renvoie, il me semble, à l'investissement d'un habitat intrapsychique, condition pour regarder l'extérieur. Notre interrogation concerne les liens entre l'intérieur et l'extérieur des lieux d'accueil. D'ailleurs deux questions conduisent la présentation : de quelle façon peut on envisager un extérieur (en dehors des murs de l'hôpital) pour nos patients dont "l'habitat" de l'institution semble le principal? Et que signifie se reconnaître "être habilité" à se situer quelque part? Les trajectoires institutionnelles diverses soutiennent l'effort du sujet à apprivoiser l'extérieur.

Le service d'accueil familial Thérapeutique (S.A.F.T.) à L'A.S.M.13 s'intègre dans le pôle d'action thérapeutique nommé « pôle psycho social » (pour le secteur de soin psychiatrique parisien du 13ème arrondissement soit une population de 180 000hab).



Ce pôle regroupe 4 dispositifs en « intra et en extra » appelé structures alternatives à l'hospitalisation dont les objectifs sont réhabilitation et réadaptation du patient. Le pôle psycho social regroupe :

- d'un côté dans le 13<sup>ème</sup> art. à Paris : 1 foyer post-cure, 3 appartements associatifs et un partenariat avec une résidence sociale
- de l'autre dans le village de Soisy Sur Seine (91, Essonne) au sein du Centre hospitalier et résidentiel l'Eau Vive : 2 foyer post-cure Gerville, Gravier et le S.A.F.T.
- Dans les alentours de l'hôpital de l'Eau Vive : 5 appartements associatifs

Le Service d'accueil Thérapeutique se situe au Centre hospitalier et résidentiel l'Eau Vive au plus près des patients psychotiques les plus « chroniques ».

Il est au dernier étage du foyer post-cure Gerville.

Son équipe est composée de 15 accueillants pour 22 patients accueillis (psychotiques au long court ou ayant une fragilité narcissique massive), et d'un médecin, de deux infirmières, d'une assistante sociale, d'une secrétaire, d'une psychologue.

Il a été créé en 1967 par Philippe Paumelle, premier « accueil familial thérapeutique » de la sectorisation française. Les foyers des accueillants se situent à un rayon de 10km à 30km

Certains des patients du placement familial ont eu des parcours psychiatriques très longs. Ils ont été pris en charge par différentes équipes et différents traitements ont été tentés et ont

échoués. Les équipes soignantes sont passées par des phases d'hyper investissement, désinvestissement et échec. Soit entre *Désir de soin et crainte de laisser le patient un peu plus autonome*.

Ainsi ces patients semblent appartenir à l'institution autant que celle-ci leur appartient. Il en résulte une situation d'inséparabilité - Ce travail au très long cours, engagé depuis de nombreuses années est décrit par mes collègues dans l'ouvrage "Le besoin d'Asile".

Il s'agit bien de ces patients psychotiques dits « à évolution catastrophique ». Dr V. Kapsambelis les décrit luttant contre l'existence du dipôle moi/objet, c'est-à-dire contre la séparation et le lien à l'autre car ils suscitent un état d'angoisse catastrophique.

Ils attaquent tout lien car il signifie se séparer et se différencier. Un lien à l'autre qui aspire ou une absence de lien qui fait éclater le monde interne. Nous pouvons les regarder comme des sujets naufragés, collés aux murs de l'hôpital, en exil, sans sensations, dissociés, discordants, parfois sans domicile fixe car les liens avec leur famille se sont évaporés.

L'articulation entre nos dispositifs de soin alternatifs au sein du pôle psycho social (cité plus haut) contribue à faire évoluer la relation au patient, à l'aider à réinvestir le socius, à restaurer une image de soi et à le soutenir dans un rapport au temps. *Axes de travail institutionnel dynamique et vivant*.

Le chemin du patient allant de son lieu de vie antérieur, aux nombreuses années d'hospitalisation, à un séjour en foyer post-cure puis un foyer familial d'accueil pour aller vers une autre institution est un trajet. A l'ASM13, c'est un trajet géographique de part la distance entre nos dispositifs sur deux territoires différents (Paris et Soisy), et il implique inévitablement un trajet psychique pour le patient.

Tout comme le tout petit, le patient psychotique se colle à l'objet primaire et se confronte naturellement avec effrois et sollicitations au dehors, un objet à la fois étrange et commun mais une étape nécessaire pour se différencier. *Les petites différences entre nos dispositifs créent du mouvement, des liens, et animent les dialectiques Moi/non Moi, dedans/dehors, passé/présent, avant/après*.

Jules Duval, magistrat, nous rapporte dans son recueil « une colonie d'aliénés » les mots suivants : « *famille adoptive* » terme de l'époque pour mettre l'accent sur l'intérêt du réseau privé et son organisation groupale à laquelle le patient participe ; les propos de M. Falret « *calmer la surexcitation nerveuse des aliénés, en la laissant s'exhaler au dehors une liberté de mouvement...* ». En effet, nous remarquons des évolutions remarquables des patients en accueil familial. Nous pourrions considérer les liens étroits entre les dispositifs de soins et d'accueils comme une offre de lieux (topos), d'instances séparées figurant pour le sujet les bordures, les limites entre le dedans et le dehors.

Le psychiatre d'Henri au foyer post-cure Gerville imagine le dispositif d'accueil familial à la suite d'une tentative en appartement associatif qui doit s'interrompre. Il oriente Henri vers le S.A.F.T. un autre type d'espace groupal. Moyen pour l'équipe soignante du foyer post-cure de garder en tête l'extérieur et de ne pas se laisser prendre dans le système défensif du patient (enfermement, exclusion, attaque). Curieusement, au même moment, la sœur d'Henri reprend contacte avec lui après 20ans d'absence. L'équipe du foyer post-cure la reçoit et médiatise les

rencontres. Henri fait la connaissance de ses nièces et participe à plusieurs fêtes de famille. Ce projet au S.A. F.T. ne verra pas le jour puisque Henri retrouve ses liens d'affiliation d'origine. Henri rentra par la suite à nouveau en appartement associatif où la co-habitation et le quotidien sont beaucoup plus stables et vécus moins difficilement.

*Pascal* est en accueil familial presque depuis 1an à temps plein. Il s'agit de son second accueil en famille d'accueil après des allers-retours durant de nombreuses années entre unité d'hospitalisation et foyer post-cure. Aujourd'hui, il parle de l'accueillant comme d'un support étayant : « *vous avez vu comme je suis bien habillé, propre, il s'occupe bien de moi Mr Marc* » ; « *Mr Marc m'a dit que je fais des progrès* » ; « *Mr Marc m'a demandé de ne pas parler trop fort avec mes voix car je ne suis pas tout seul dans la maison* » ; « *Mr Marc me dit qu'il n'est pas mon père, qu'il n'est ma famille d'accueil mais pas ma famille d'origine* ». Commentaires qu'il transmet à l'équipe soignante du SAFT et à l'équipe soignante du foyer où il a séjourné durant 8 années. Chacun des lieux de soins pour Pascal sont des instances séparées, différenciées tout en étant liée entre elles.

*Carole* dans l'unité (foyer post-cure) déambulait, durant 11année, recourbée comme une veille dame, plutôt en périphérie du collectif malgré quelques liens privilégiés avec d'autres patients. Plusieurs dispositifs sont mis en place à l'intérieur du foyer : une consultation médicale hebdomadaire, les sollicitations quotidiennes des soignants et sa participation à un atelier à médiation en groupe après 8années passées au foyer. En 2012 lors de son entrée en famille d'accueil en séquentiel, nous l'observons subitement acquérir une verticalité. Lorsqu'elle vient, chaque semaine, à l'atelier théâtre au sein de l'hôpital (en dehors du foyer et des services hospitaliers), elle marche droite et son discours est coloré des mots de son accueillante. Elle revient dans la maison du foyer Gerville (situé à 3m. de la salle de l'atelier théâtre) maquillée et coiffée de façon harmonieuse comme transformée pour demander des nouvelles des uns et des autres.

Ainsi tout comme la fonction du miroir, dans le reflet du regard pluriel, Henri, Pascale et Carole circulent dans des espaces distincts et se montrent autrement.

La circulation du patient dans différents espaces, foyers familiaux et institutions offrent différentes formes de supports identificatoires qui progressivement consolident un sentiment d'existence propre. A. Eguier nous apprend que nous ne pouvons pas habiter un lieu sans pouvoir s'habiter soi-même. Les soignants et accueillants se servent de nombreux objets à médiation pour permettre aux patients de circuler dans les espaces différents, faire avec un autre et explorer un environnement nouveau.

*Sensible à l'architecture des dispositifs et à la promiscuité des membres dans un habitat, ce sera cette dynamique qui étayera notre réflexion ensemble.*

Ces passages et l'articulation *entre les petites différente terres d'accueil institutionnelles* : hôpital, foyer post-cure, S.A.F.T., relais de famille en famille d'accueil... sont comme un emboîtement de contenant (nous dirait R. KAËS). Un principe de travail pour amorcer un processus de subjectivation alors que l'espace interne du patient a été fragilisé, rigidifié ou bien il est vécu comme cruel et maltraité.

Mon titre est inspiré d'une pièce écrite par Federico Garcia Lorca : dans un petit village andalou, vers le milieu des années 1930, Bernada Alba, une femme d'une soixante d'années,

crainte et respectée de tous, vient de perdre son mari et se prépare à huit ans de deuil, comme l'exigent la tradition et la bienséance qu'elle suit religieusement.

La maison est en 8 clos ! Elle est aussi une mère tyrannique qui oblige ses 5 filles célibataires, adultes, à suivre à la lettre ses consignes : c'est-à-dire rester à la maison et en dehors de toute vie extérieure, le monde en dehors n'existe pas ! Elles portent le deuil et restent jour et nuit à la maison. Elles ont parfois l'occasion de se réunir pour dire des confidences. Chaque jeune femme obéissante vit en secret son chagrin, ses préoccupations et ses extravagances. L'une d'entre-elles refuse de respecter les directives et à du mal à supporter les frustrations imposées. Elle est la seule à avoir une liaison en dehors de la maison avec un homme pourtant promis à l'une de ces sœurs. Elle refuse de rester enfermée malgré sa loyauté aux croyances, à ses appartenances et à son groupe familial. Elle s'enfuit la nuit pour retrouver son amant en dehors de la maison. C'est dans le secret et à l'extérieur qu'elle fera ses 1<sup>ère</sup> expériences. Finalement, après avoir révélé à toute la famille son idylle impossible et interdite, elle est houspillée par le groupe familial. Cependant afin de préserver l'équilibre de la famille, la mère chasse d'un coup de carabine le prétendant. L'amoureuse craignant de ne plus jamais revoir son amant, s'enferme dans sa chambre où elle finit par se donner la mort. Face au drame, la mère impose le silence à tout le monde !

Nous sommes dans une communauté de solitude coupée du monde! Une famille où les croyances, les traditions organisent les rapports entre les membres de la famille, ceci en rapport unique avec l'espace maternel. *Comment le sujet peut-il se dégager de lois et d'interdits cruels pour trouver une toile où se différencier ? Comment dans notre pratique déjouer les pièges de l'emprise pour ne pas s'enfermer dans la répétition et l'indifférenciation avec les patients ? Que signifie le besoin d'appartenance et pourquoi cela conduit-il à la peur de l'autre et à sa négation ?*

Le travail en accueil familial serait comme celui d'offrir une scène de jeux à plusieurs dans un espace en dehors des murs de l'hôpital. Les membres de l'équipe au sein du service seraient les techniciens venant réguler la scène. A la fois le sujet doit se reconnaître dans un groupe d'appartenance pour exister, grandir, se détacher et se défaire de liens parfois terrorisants, et à la fois cela nécessite une confrontation violente à l'altérité. Le travail de l'équipe du Saft consiste à soutenir et faciliter le travail des accueillants à partir des consultations médicales, des visites à domicile, du groupe de parole, des séquentiels (accueils partiels en foyer post-cure), des séjours de vacances et des relais.

**Cristina** est accueillie chez Mme Sarfati depuis deux années. Son parcours de soins a commencé en 1994 (elle a décompensé après son accouchement) et il s'est organisé, après de nombreuses hospitalisations, par la mise en place de soins ambulatoires, un hébergement de courte durée en résidence sociale et pour finir par un séjour de 4 années au foyer post-cure. D'ailleurs, avant son arrivée chez Mme Sarfati, deux essais en accueil familial avaient été tentés en séquentiel avec le foyer post cure (Gerville).

Dans le passé au foyer de Gerville, Cristina était une patiente très revendicatrice, à l'écart du collectif et oscillant entre rapprochement et rejet dans ses relations avec les soignants. Dès qu'un investissement se faisait ressentir, Cristina utilisait différents moyens pour écarter l'autre. Toutes interactions étaient sources de plaintes et d'intrusions « *il veut quoi coucher avec moi ! Ca ne va pas non !* ».

Puis lors de son accueil en séquentiel au foyer Gerville et au S.A.F.T. (de 2010 à 2013 en séquentiel), sa semaine s'organise de la manière suivante : elle participe deux journées à

l'atelier thérapeutique à Paris, pour continuer à sortir dans la ville et à avoir un pécule, elle poursuit son suivi au centre de soin ambulatoire (le CMP) et elle passe deux nuits au foyer Gerville et participe à une activité à médiation socio thérapeutique « pâtisserie » une fois par semaine.

Cet ensemble de 4 espaces permet aux soignants du Saft, du foyer post-cure Gerville et à Mme Sarfati de se rapprocher d'elle avec moins de rejet et de trouver des espaces différents pour aider Cristina à investir l'extérieur sans trop de menace. Le patient peut apprendre à faire avec l'autre et prendre plaisir à être avec l'autre.

Cristina a été une enfant confiée à un placement par sa mère lorsqu'elle avait 17mois, elle avait un petit frère. Puis elle retrouva sa mère à l'âge de 6ans ½. Une mère d'origine portugaise qui arrive en France à l'âge de 22ans à l'aide de passeur pour trouver du travail afin de subvenir aux besoins de la famille. Les relations avec sa mère sont conflictuelles, voire explosives excluant les autres. Cristina se sent mal traité par sa mère mais la recherche souvent, elle l'harcèle de coup de téléphone.

Revenons à son trajet jusqu'en A.F.T. ceci avant d'arriver chez Mme Sarfati. Nous sommes en 2011, son premier essai en famille d'accueil. Son accueillante Mme Aline, dans le groupe de parole, raconte de Cristina « *qu'elle ne fait rien ou presque peu* », « *elle parle beaucoup mais sans être dans un échange* », « *il lui faut toujours une présence* », « *elle réclame tout le temps de voir sa mère* », « *elle fait intrusion dans la vie privée* » et se pose des questions « *est ce que vous avez des idées pour travailler avec elle ?* » « *je suis fatiguée, elle me colle* » et « *elle est jalouse lorsque je reçois ma fille et mes petits enfants* ». L'espace du groupe de parole permet aux accueillants de se rencontrer pour raconter ces situations turbulentes et les mettre en lien avec les angoisses archaïques propres à la psychose. Il offre un espace où contenir ; les conflits entre accueillants sont l'occasion de réguler les tensions voir l'empiètement de l'environnement propre à la psychose. Nous parlons des problématiques somatiques, de l'alimentation, du tabac, de la dynamique interpersonnelle, l'accueil d'un étranger dans la maison et de son insertion dans la dynamique groupale familiale. Il s'agit ainsi dans le groupe de parole de lancer des pistes pour penser des repères qui puissent permettre de différencier les espaces et inventer une limite. La relation entre Mme Aline et Cristina était très conflictuelle, tyrannique entre tendresse et haine ! Cristina n'était jamais comme il fallait et Mme Aline trop stricte, trop gentille, trop présente, trop...

L'accueillante Mme Aline ne sait pas comment approcher la patiente : elle lui rappelle de faire sa douche, de fumer à l'extérieur de la maison, elle lui propose la randonnée, de la danse de salon, la médiathèque, des sorties, des vacances... Tenace, créative, répétitive, ritualisé dans les horaires et les principes de tables, elle reçoit les plaintes, les émotions de Cristina et tente de déjouer les enjeux d'invasion, rivalité, possessivité et jalousie.

A la même période au sein de l'atelier pâtisserie au foyer de Gerville, Cristina décrit son accueillante comme une femme très généreuse, qui a une voix dure, douce et insupportable, et dont le regard est stricte et très gentille. *N'est ce pas là un agrippement à des objets d'attachement ambigu qui pourrait lui permettre de trouver une sensation de continuité et une première expérience d'être ?* En s'appuyant l'une et l'autre aux espaces où déposer ce qui fait conflit, elles trouvent une façon de pouvoir se rencontrer même si Cristina est mal dans sa peau.

Le médecin référent lève, durant ce premier essai en AFT, la mesure d'hospitalisation sous contrainte ce qui va énormément ébranler l'unité mère-fille – comme si l'équilibre, loin l'une d'elle tient à la présence de l'institution de soin psychiatrique (ou dans le passé la pouponnière) « *arrête de bouger tu me tues ; si tu vis et si tu penses, je te lâche* ». Paradoxe qui colore la relation mère-fille ! Si tu existes, je pourrais disparaître et si tu grandis je pourrais t'abandonner.

Dans son parcours de soin vers le SAFT, la patiente va aussi en relais dans d'autres foyers d'accueils familiaux et en alternance elle a toujours la possibilité d'être ré-accueillit soit en séquentiel soit à temps plein ou de façon occasionnel au sein du foyer de Gerville.

*C'est certainement grâce à ce dispositif pluriel, au temps que se donnent les différentes structures, à la communication et à la ténacité des différents professionnels que Cristina pourra mettre des mots sur son attachement à l'accueillante Mme Aline– qu'elle qualifie de « trop cruel ». Elle n'exprime aucune haine vis-à-vis de sa mère mais on peut entendre l'introjection de la cruauté du lien dans ses plaintes, ses exigences, ses refus, la désorganisation de sa pensée, ses sentiments persécutifs et son isolement.*

Cristina et Mme Aline rompt l'accueil au cours de l'année 2011 et elle est ré-accueillit à Gerville. L'équipe du foyer post-cure décide de réguler les contacts téléphoniques avec sa mère en lui remettant son téléphone portable à la fin de la journée et la sollicite à participer à des activités. Cristina trouve sa place, passe de moins en moins ses journées à vociférer et à nous échapper. Elle accepte de contacter sa mère une fois par jour et semble moins angoissée par la suite. Le dépassement des peurs, la présence, et l'investissement progressif de l'équipe soignante vont favoriser la création d'un lien afin d'introduire une certaine objectalité à la relation. Rappelons nous que son histoire a été très tôt marquée par le déracinement, le placement et l'abandon. L'équipe est très attentive à créer des espaces de soin intermédiaire afin que l'institution ne devienne pas un objet total où le lien serait soit aliénant soit enfermant. Le rythme de la vie quotidienne contribue incontestablement à l'établissement de répétitions, voire de ritualisations, qui en l'occurrence ont un effet de réorganisation psychique. Jamais Cristina se plaindra de la contrainte de rester et d'être retenus dans le dispositif pluriel (foyer post-cure et S.A.F.T).

Le passage du foyer post-cure au foyer familial de l'accueillant est une étape de trajet entre une collectivité importante à un groupe restreint. Dans cet espace du foyer familial éviter l'autre devient impossible et l'on se confronte immanquablement aux exigences de l'altérité. *Que signifie de passer de l'un à l'autre? et comment le premier dispositif (foyer post-cure) était le travail du second dispositif S.A.F.T.?*

Pour, nous, l'accueil familial s'envisage dans la continuité des soins parce que tout d'abord le séjour au foyer a permis une réduction symptomatique suffisante, le foyer reste un lieu d'accueil possible en séquentiel ou occasionnel, le patient est plus autonome dans sa prise de traitement, et il nous semble que la relation avec l'équipe tissée lors du passage au foyer post-cure est alors un point essentiel. Dans le foyer de Gerville, le sujet vit dans un foyer collectif, confronté au groupe large. Il devient dans cette trajectoire, foyer et S.A.F.T., en quelque sorte un repère et un espace d'appartenance.

On voit dans le parcours de Cristina le besoin de revenir sur le familial (Gerville) lors des allers-retours foyer post-cure Gerville et S.A.F.T. ceci pour investir un nouveau groupe – la famille d'accueil - qui pourrait apparaître plus rassurant du fait de sa taille mais il ne l'est pas. *En quoi*

*vivre dans un collectif (le foyer post cure Gerville) est-il plus rassurant dans ce passage en groupe restreint ?* L'inter-liaison entre les dispositifs participent activement à trouver des repères et transformer des expériences vécus.

Les équipes lui ont proposé, plus tard en 2012, un nouvel accueil, cette fois-ci chez Mme Sarfati, une autre famille d'accueil. Cristina retrouve au SAFT, cette fois-ci, une figure connue, l'infirmière qui a été sa référent au foyer post-cure Gerville et qui l'a accompagné dans ses démarches avec le service de placement éducatif de son fils. Elle fait une expérience de séparation avec une structure (le foyer Gerville) et y retrouve au S.A.F.T., Coralie, un objet familial et connu.

Le troisième accueil familial, depuis ces deux années, se passe différemment, chez Mme Sarfati. Pendant quelques temps en séquentiel dans le foyer post-cure Gerville, Cristina se réorganise dans ses pensées et ses paroles, elle a perdu du poids, porte des vêtements différents et coordonnés. Elle a des petites habitudes dans le quartier de la maison de l'accueillante, participe à des petites tâches dans la maison, connaît tous les membres de la famille et elle s'intègre dans la communauté de la ville. Dans l'atelier pâtisserie à Gerville, une fois par semaine, elle est moins en retrait et accueille les nouveaux. Elle évoque sans inquiétude des préoccupations personnelles et précises lorsqu'elle veut échanger ou non avec les participants. Elle raconte de façon parcellaire son chagrin lié à la rupture avec son fils.

Elle est depuis l'automne 2013 à plein temps chez Mme Sarfati. Nous entendrons plus bruyamment les tensions liés à la co-habitation avec un autre patient Damien. Un homme dans la maison depuis de très nombreuses années ; il est comme l'enfant premier de la famille d'accueil. A l'arrivée de la nouvelle, Cristina, la famille se recompose. Cristina est dérangé par la promiscuité, les différences pour regarder un programme TV et les comportements de l'autre (arrivé avant elle). Récemment, dans la famille de l'accueillante un nouveau membre de la famille est arrivé au monde (Mme S est grand mère). Les tensions s'accroissent entre les deux patients, elle s'enferme dans sa chambre ce qui inquiète l'accueillante. Un jour, l'accueillante n'entendant aucun bruit, ouvre sa chambre et lui confisque les clés de la maison et de sa chambre. Cristina ira porter plainte à la police pour négligence. Un entretien médical avec Cristina et quelques membres des équipes du foyer post-cure et du SA.F.T. et un temps d'une semaine de récupération au foyer post-cure ont permis de mettre du sens sur son acte. L'accueillante est déboussolée et inquiétée. Elle s'interroge sur ses compétences et revendique auprès de l'équipe son attention. Elle rapporte les commentaires de Cristina dont les confidences suivantes « *vous savez l'atelier pâtisserie, elle n'aime pas* », « *ce qu'elle apprécie c'est l'atelier relaxation (atelier individuel)* », « *elle m'a dit que Coralie dans le passé à fait une injection à un autre patient ce qui lui a causé sa mort* » à quoi l'accueillante lui répond nous dit elle « *Ah ! Bon ça m'étonne fort Cristina, Coralie est une très bonne soignante et ce n'est pas possible de tuer un patient par une injection, qu'est ce qui vous inquiète comme cela Cristina ? Faut pas avoir peur !* ». La capacité de l'accueillant a écouté et mettre en sens les mots de la patiente dans un ici et maintenant, l'a rassuré. C'est ainsi qu'elle ne s'explique pas l'acte de Cristina. Cristina lui dit dans cet entretien « *ne vous inquiétez pas j'ai eu peur de Damien !* », « *il a un couteau dans sa chambre* »... Nous l'aidons à faire des liens avec des événements récents. C'est ainsi qu'elle fera la narration de sa grossesse, de l'arrivée de son fils et de l'absence de lien depuis plusieurs mois avec lui. Nous apprenons que le père de son fils l'a battu et l'a abandonné alors qu'elle était à la maternité « *il a disparu, je ne sais pas où il est, je ne pouvais pas m'occuper seule du bébé* ». Dans sa narration, le temps prend une forme et son vécu s'inscrit dans une histoire. B. Rosenberg soutient que « *le conflit est le vrai repère du psychisme,*

*le repère qui unifie et rassemble* ». L'entretien se termine par une demande à rentrer chez l'accueillante, elle lui prend la main pour lui dire « *tu sais je t'aime bien Virginie, ne t'inquiète pas* ». L'expérience du lien fait revisiter sa propre histoire d'abandon.

L'intériorisation de l'objet résulte de ses qualités, de ses capacités à solliciter, à offrir une attention, à garantir une rythmicité des expériences, à permettre de tisser une histoire et être capable de recevoir les dépôts fragmentés psychiques du patient. Patient et accueillante seront reçues par les équipes dans une période conflictuelle, pour élaborer la nature du lien et son intégration dans la famille recomposée. L'infirmière Coralie sera tenace et patiente lors de ces visites à domicile. La capacité de contenance de Mme Sarfati, du médecin du S.A.F.T. et des infirmières permettent d'héberger les expériences et les pensées de la patiente celles qu'elle ne peut contenir et penser toute seule.

**Jeanne** déambule chaque matin dans le couloir en face de la porte d'entrée du foyer Gerville ou bien se trouve assise en dehors toujours à la même place à l'écart du lieu. Nous la voyons très souvent seule, repliée sur elle-même et nous l'entendons souvent vociférer « *j'en ai marre d'être ici !* » et nous raconte « *qu'elle veut partir !* ». Son langage s'arrête à ces mots. Elle regarde avec un certain évitement l'environnement. *Où se trouve-t-elle ? Paris, Soisy, Gerville, l'Eau Vive, chez ses parents, dans son appartement, dans son foyer familial... ?*

Jeanne est mère de deux enfants. Chacun de ses enfants sont adultes et installés avec leur conjoint, son ex-mari, lui, vit dans une autre région, la sœur de Jeanne vit avec sa famille en banlieue parisienne et accueille Jeanne plusieurs fois dans l'année et, sa mère séjourné en maison de retraite. Voici une famille dont chacun des membres a un lieu de vie différencié. Le « *j'en ai marre d'être ici* » est comme l'écran entre les regards, un pare excitant, un bouclier de Persée ?

Les pièces d'un habitat et les dimensions du psychisme sont des espaces atemporels et intriqués. L'habitat est un lieu où le psychisme projette sa dimension temporelle : des histoires, des souvenirs, des affects, des événements s'y logent, s'y transforment, s'y perdent, s'y oublient et y vieillissent. Le sentiment d'être à un endroit (dans un endroit) est bien indépendant des murs et plus dépendant d'un vécu. Des entretiens médicaux et familiaux lui sont proposés pour lui permettre de se raconter et recueillir son histoire. Dans cet espace, les échanges font parfois des vagues car il y est question de son projet, de son inertie, des activités dont elle ne profite pas, de son lien chaotique avec les membres de sa famille. Ici on lui parle du dehors et de l'extérieur ! Un matin de cet été dernier, Mme J. monte au second étage de l'unité (nv. du Saft) s'arrête devant le miroir près de la porte de mon bureau, s'y regarde un court instant. Puis se dirige vers le bureau des soignantes du Saft. On lui ouvre et je l'entends demander « *elle est où Mme V ? (la cadre des services du Saft et de Gerville)* ». C'est progressivement qu'elle explore les lieux, les étages en cherchant les figures connues. Elle revient à ma rencontre et nous débutons des entretiens dans les interstices (R. Roussillon). Le rapprochement semble menaçant, très vite elle met fin à une régularité que je m'efforce de tenir. Après trois années au foyer, elle y apprend le nom de ceux avec qui elle partage plusieurs moments de sa journée. Elle demanda même de fêter son anniversaire, une manière de s'inscrire dans le lieu. Elle va même demander aux autres leurs avis, un indice de s'intéresser à l'investissement que l'autre lui porte. Le projet d'accueil familial est en discussion dans l'équipe mais il vient éveiller un conflit de loyauté colossal (fils, fille, mari, sœurs et mère). Elle dira dernièrement au médecin « *mais j'ai un mari, j'ai des enfants, je ne suis pas une enfant*

*pourquoi j'irai dans une famille d'accueil* ». Peut-être serait-il plus bénéfiques pour Jeanne de continuer ses efforts à chercher où être puisque que les membres de son foyer familial d'origine ont trouvé le leurs. L'équipe va adopter un projet pour permettre à Jeanne de trouver une terre d'accueil.

Nous savons que l'expérience chaotique et confuse du bébé nécessite la présence et l'attention qui puisse accueillir, identifier et transformer son expérience. Les équipes du foyer post-cure Gerville et du SAFT continuent à imaginer un dehors, levier, pour guider Jeanne vers un chez elle.

### **Conclusion**

3 corps : le corps de l'institution psychiatrique, le corps familial, le corps du patient, sont des espaces interstitiels et emboîtés. Ils tamponnent les passages du milieu du dehors et du milieu de dedans. Ils sont également des supports d'identifications et de limites structurantes.

Le travail, avec les petites différences entre les services, permet de constituer une enveloppe suffisamment sécurisée pour permettre au patient de trouver un filé de secours ou de sécurité à ceux qui le débordent.

La contenance de nos dispositifs (foyer, SAFT) et les relais de l'accueil familial repose sur la capacité d'être en lien, de tolérer les retours et les mouvements de destructivité de nos patients.

La ténacité, la cohérence et la diversité des lieux sont indispensables auprès des patients psychotiques au long cours car il s'agit au fond dans nos lieux de soin de construire à l'intérieur même « un habitat », permettant au patient de se repérer, se conflictualiser dans son rapport au corps, au temps et à un autre différencié.

Les contours du dispositif ne sont pas liés aux lois, aux règlements, mais à l'ouverture possible pour les expérimenter.

On peut en effet comme cette jeune femme dans la maison de Bernada Alba se sentir enfermer psychiquement et avoir un personnage, dans sa tête, cruels, interdictrice, frustrantes, menaçantes qui peuvent immobiliser ou pousser le sujet à la transgression.

Apprivoiser ces lois, ces valeurs et superstitions qui ont été jusqu'ici introjectées, est l'occasion pour le patient, dans une situation groupale différente (la dynamique entre groupe restreint intra familial et le groupe large du foyer), de faire l'expérience de ses propres limites sans craindre de disparaître. Il s'agit d'aider le patient dans notre pratique institutionnel à trouver ses propres solutions sans le laisser tomber.