

L'AFT : Une part de magie ?

Dr Safa Adham, médecin responsable de l'AFT ; Béatrice Sanz-y-Sanz, psychologue clinicienne ; Nathalie L'Hermit, infirmière ; Pierre Favre-Taillaz, cadre de santé.

Introduction

Notre unité d'AFT est une unité fonctionnelle qui fait partie du dispositif de soins du secteur 3. C'est un secteur de psychiatrie générale adulte, rattaché à l'hôpital Ste-Anne, qui s'occupe des 5-6^{èmes} arrondissements de Paris avec une coordination avec le 7^{ème} arrdt. Le chef de service est le Dr Marcel.

La particularité de notre service est de privilégier une politique de soins libres et en ambulatoire, et où les hospitalisations et les soins sous contraintes restent une exception. L'unité d'AFT s'inscrit dans une continuité de soins et fait partie de notre pôle hébergement qui comporte trois unités : l'AFT donc, un foyer de Post-cure (de 17 places) et 8 appartements associatifs à but thérapeutique (correspondant à 13 places). Notre unité d'AFT accueille 6 patients qui peuvent être adressés par toutes les unités du secteur (intra-hospitalier, centre d'accueil et de crise, CMP, foyer de post-cure, hôpital de jour, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel - CATTP). Chaque demande est discutée avec l'équipe adressante et fait l'objet de plusieurs rencontres avec le patient et la famille d'accueil pressentie avant de déboucher sur la mise en place d'une admission en AFT.

L'AFT offre au patient, dans un cadre chaleureux et familial, un statut d'accueilli, plutôt qu'une étiquette de malade psychiatrique. L'AFT propose des soins de réadaptation et d'acquisition d'une certaine autonomie grâce à une prise en charge sociale, éducative, affective et thérapeutique. Il permet la réinsertion progressive du patient dans un circuit de resocialisation à travers les échanges autour du quotidien, un accompagnement et un réinvestissement des gestes de la vie quotidienne, une participation à des activités...

On ne parle plus de « placement », selon le terme historique, mais d'accueil, ce qui signifie que l'AFT n'est pas une fin en soi ; chaque demande est évaluée et reliée à un projet à plus long terme. Un contrat de soins avec des objectifs thérapeutiques est donc rédigé et signé entre trois parties : le patient, l'accueillant familial et le médecin responsable de l'AFT. Le patient est au centre des soins, participe activement, en est même « le poisson pilote », en ceci où nous lui demandons notamment de réfléchir et de proposer les termes du contrat, travaillant ainsi à le rendre responsable de sa prise en charge.

L'accompagnement et le suivi sont assurés par l'équipe d'AFT en lien avec les autres unités du secteur dont le psychiatre référent du patient au CMP. Cet accompagnement repose sur des VAD infirmières régulières au minimum tous les quinze jours (et une fois par trimestre conjointement avec le médecin de l'AFT), des entretiens mensuels au CMP patient - famille d'accueil, psychologue et infirmiers, des réunions trimestrielles équipe de soins- accueillants familiaux et des entretiens avec l'entourage du patient quand cela est possible.

Enfin, notre équipe se retrouve au complet une fois par semaine pour notre réunion clinique et institutionnelle et une fois par mois avec les équipes des deux autres unités du pôle hébergement.

Quand est-ce qu'on pense à l'AFT dans notre service ? Et y a-t-il des indications précises d'un accueil en AFT ? En principe, l'AFT prend en charge des patients adultes souffrant de troubles psychiatriques importants, en vue donc d'une restauration des capacités relationnelles et d'autonomie via un environnement de type familial. Cela concerne des patients stabilisés et qui ne présentent pas de troubles du comportement majeurs. En pratique, nous constatons que, bien que ce dispositif existe dans notre service depuis une trentaine d'années, les équipes soignantes pensent généralement à l'AFT lorsque les autres options thérapeutiques ont été épuisées, autrement dit comme une solution de dernier recours ! Comment peut-on expliquer cela ? Est-ce un des signes de la singularité de l'AFT ?

L'AFT est en effet un mode de prise en charge qui a toujours questionné le monde du soin. S'agit-il d'un monde soignant à part ?

L'AFT est une hospitalisation sans hôpital, qui de plus est gérée au quotidien sans soignant !! Un schéma que les professionnels hors-AFT ont du mal à se représenter. Car c'est vrai, il faut le reconnaître, c'est un dispositif de soins complexe mais pour autant pas compliqué, et qui donne des résultats souvent étonnants. Peut-on parler de magie ? Et que veut dire la magie au juste ?

Le terme de magie est utilisé dans le langage courant pour marquer l'étonnement, en parlant d'un événement, de quelque chose de surprenant, d'inexplicable. Le Nouveau petit Robert (Edition 1993) définit la magie comme :

« [Un] art de produire, par des procédés occultes, des phénomènes inexplicables ou qui semblent tels - alchimie, astrologie, cabale, goétie, hermétisme, occultisme, sorcellerie, théurgie*. (on parle de) Pratiques de magie : apparition, charme, conjuration, divination, enchantement, ensorcellement, envoûtement, évocation, horoscope, incantation, maléfice, rite, sort, sortilège. [...°] (il y a la) Magie blanche (...), (et la) magie noire (...). Par extension : C'est de la magie : c'est un phénomène extraordinaire. Comme par magie : d'une manière incompréhensible, inexplicable. (...) ».*

(* goétie : « Dans l'Antiquité, magie incantatoire par laquelle on invoquait les esprits malfaisants ». / *théurgie : « Magie faisant appel aux divinités célestes et aux esprits surnaturels dont l'homme utilise les pouvoirs ».)

Selon Alain Poussard, philosophe de formation, joueur de luth et magicien par goût, « *la magie est d'abord un spectacle, une parenthèse dans la réalité, et un jeu sans équivalent qui met en présence deux rôles absolument asymétriques : le public et le magicien. Au théâtre aussi, on a des acteurs et un public, mais dans la magie, le spectateur s'apprête à jouer activement un rôle très particulier : il consent par avance à être vaincu, en un abandon de principe, tout en exerçant une vigilance totale* ». Il y a un contrat de départ connu du magicien et du public.

« *L'intelligence du spectateur est mobilisée, (...) il n'est pas berné, (car) même s'il sait qu'il devra rendre les armes, (il) mobilise son intelligence* ». « *Ce consentement [à la défaite] est essentiel. Il permet que la « défaite » ne se transforme pas en humiliation. Quand « l'effet » survient, que la partie est perdue, l'abandon de principe s'actualise, on vit une sorte de spasme intellectuel, une déroute vécue comme « un vertige voluptueux* ». (Article du journal Libération du 23-24-25 décembre 2017 « Noël est merveilleux, pas magique »)

S'agit-il d'un tour de magie ou d'une évolution extra-ordinaire en AFT ?

Nous avons donc décidé de questionner la singularité et les particularités de ce mode de prise en charge éclairées par deux vignettes cliniques : celle de François et sa «reconquête d'une unité familiale », et celle de Phillippe et son « retour à la vraie vie ».

N.B : Nous avons fait le choix de mettre seulement les résumés des deux vignettes cliniques présentées lors de l'atelier.

François : « La reconquête d'une unité familiale »

François est dans la même famille d'accueil, depuis son entrée il y a 4 ans, avec quelques séjours relais lors des congés de l'accueillante, ainsi qu'annuellement un séjour de vacances adaptées.

Il s'est rapidement adapté à cette « nouvelle vie » (ce sont ses termes) qui lui a permis une amélioration physique et psychique notable. Il reste un homme ayant un rapport au monde et aux mots singuliers, mais qui aujourd'hui est apaisé, du fait d'un étayage de type familial, plus adapté à ses besoins que ce que peut proposer une structure institutionnelle.

Ce dispositif d'accueil et l'association d'emblée des parents de François à ce projet ont permis de faciliter et de restaurer les liens familiaux - fils-parents et parents entre eux-.

Ces derniers mois, François évoque particulièrement le changement dans la relation avec

son père qu'il qualifie de désormais tranquille et paisible.
Peut-on parler de magie ?

Philippe : « Un retour à la vie »

Depuis l'amorce de l'accueil en AFT, Philippe a progressivement abandonné les comportements à risque et il nous dit « vivre une vie normale dans une belle maison ». Il goûte de plus en plus aux choses et plaisirs simples de la vie (faire une sortie culturelle, ou aller au restaurant...). Il accueille par ailleurs les événements heureux de la maisonnée avec beaucoup de plaisir, sans pour autant se sentir trop confronté et bousculés par ses propres souvenirs de sa vie d'avant. Nous avons le sentiment que l'accueil familial thérapeutique, a valeur de réparation, de restauration narcissiques ainsi que dans ses capacités relationnelles et d'autonomie. Actuellement, Philippe paraît avoir atteint et trouvé sa propre plénitude dans cet espace de soin, sans oublier qu'il s'agit d'un espace de soin. Il peut même désormais oser se poser la question d'un futur hors AFT, et témoigner de son envie de poursuivre une vie tranquille...ce qu'il a découvert ces dernières années et qu'il savoure toujours plus.

Conclusion

Au cours de l'atelier, nous avons vu comment le dispositif d'AFT permet à François et Philippe d'avancer sur différents plans et in fine d'aller beaucoup mieux.

Alors peut-on parler de magie ?

Oui...et Non !!

Oui : parce que, en effet, L'AFT est souvent vécu comme un dispositif extra-ordinaire, qui entraîne des transformations surprenantes et inattendues.

Le paradoxe, qui nous fait penser à la magie, est que le soin en milieu hospitalier est par définition extra-ordinaire (être à l'hôpital ce n'est pas ordinaire). Pour certains patients ce milieu extra-ordinaire n'atteint pas ou plus les effets thérapeutiques escomptés. Par contre, l'immersion en milieu « ordinaire », sans soignants au quotidien, peut leur être thérapeutique, ce qui peut interroger voire déstabiliser les professionnels. Or s'interroger, être déstabilisé est le propre du tour de magie...réussi !

Et Non, pas de magie et pas plus de magicien : car le magicien, par définition est dans le savoir, il maîtrise son tour (pour qu'il puisse être réussi !). Le magicien ne peut laisser de place au tâtonnement - voire même « au ni rien comprendre » - au lâcher-prise, à l'imprévu et à une certaine improvisation. Alors qu'en AFT, tout cela fait souvent irruption et nous lui laissons prendre toute la place nécessaire.

De notre point de vue, il ne s'agit donc pas d'un tour de magie mais bien d'un travail d'élaboration et d'articulation entre toutes les parties de la prise en charge : patient, son entourage, famille d'accueil et soignants.

Et vous, qu'en pensez-vous ?

Nous vous remercions de votre attention.