

"Tutoyer" les limites, les franchir ou pas... "Vouvoyer" c'qu'on veut dire ?

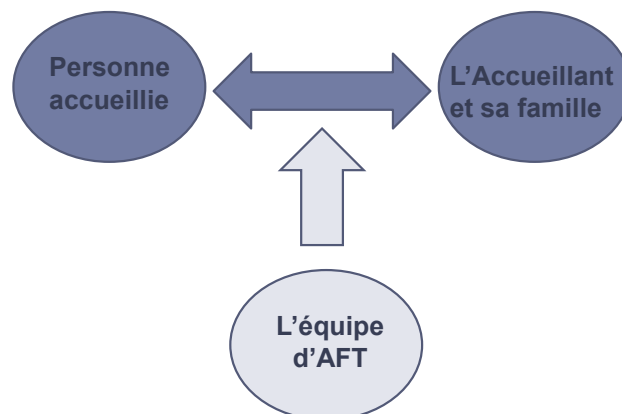
Equipe AFT du CH de la Région d'Annecy (74)

10^{èmes} Journées de Formation du GREPFA – 7 et 8 juin 2012

L'AFT à l'interface de l'intime et de l'institutionnel
Clinique quotidienne de l'interstice

[Introduction par quelques rappels qui situent les représentations et bases conceptuelles de notre travail en AFT. Puis étude clinique de l'accueil de D.].

Premier repère: Le travail en AFT



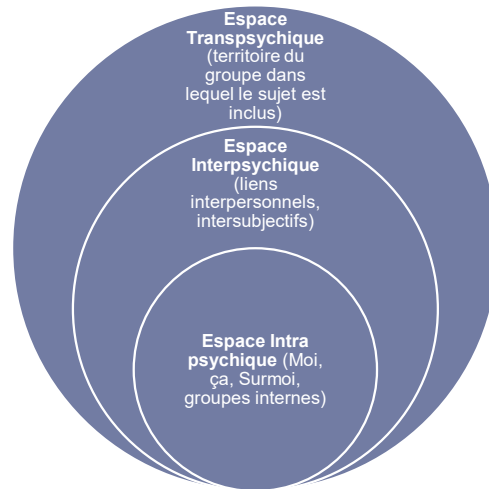
Notre travail consiste:

- **A contenir et à faire exister un espace entre l'accueilli et la famille d'accueil**, qui permet à chacun de se repérer, veiller à la préservation d'interstices et d'interfaces entre eux,
- **A assurer une fonction de tiers, de décollement du réel** de l'accueil familial
 - par un **travail d'attention, de vigilance et d'intervention** auprès de l'un et de l'autre afin de limiter les mécanismes de fusion ou de rejet propre à tout être en relation,
 - par un **travail d'étayage et de soutien** du vécu de chacun.

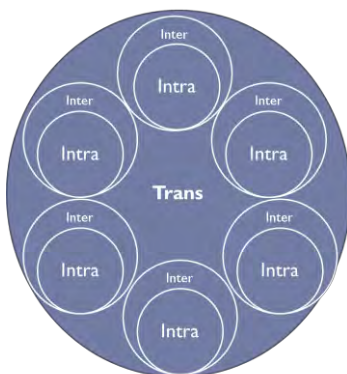
Autres repères...

▶ Tout individu peut s'appréhender dans **3 espaces psychiques**:

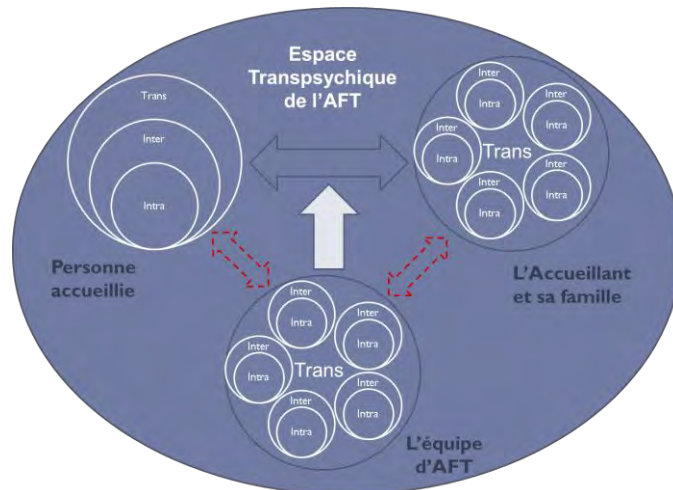
- ▶ **L'espace intrapsychique interne**, tissé par les différentes composantes de son psychisme, de ses différentes topiques, de ses groupes internes;
- ▶ **L'espace interpsychique, territoire des liens** entre les membres du/des groupes au(x)quel(s) il appartient;
- ▶ **L'espace transpsychique du groupe** auquel il appartient
- ▶ Ces trois espaces communiquent entre eux: d'où la nécessité de **penser les interfaces, les interstices et les interférences entre ces trois espaces psychiques**



Par extension, **chaque famille et chaque équipe peut s'appréhender sur 3 espaces**:



Rapportée à la situation créée en AFT, **la scène du soin** se pose ainsi...



- ▶ Le travail lors d'un accueil se développe dans ces **trois espaces psychiques** et repose sur les **tensions, les écarts et les correspondances entre eux**.
- ▶ **Les soignants se trouvent eux-mêmes « captés » par cette multitude d'éléments psychiques engagés dans les liens intersubjectifs**

Liens, espaces psychiques et interstices

- ▶ Dans cette constellation intriquée d'espaces psychiques et d'interactions:
 - ▶ Comment reconnaître la singularité de ce que chacun apporte et de chaque situation?
 - ▶ Comment identifier les connexions entre les uns et les autres?
 - ▶ Des espaces intermédiaires, intersticiels, peuvent-ils émerger?
 - ▶ Que peut-il alors se jouer dans ces interstices?
 - ▶ Que peuvent-ils produire au niveau du soin?
- ▶ La situation de D. peut nous aider à y réfléchir...



D., ni d'ici ni d'ailleurs... Quelle place trouver quand tout est éclaté?

C'est en 2009 que nous est adressé le dossier de candidature de D.. Dès sa lecture, nous sommes perplexes quand à ce projet d'AFT. Tout ce qui pourrait apparaître comme des contre indications figure dans ce dossier : des addictions actives, une désorganisation psychique et un vécu délirant très intense qui semblent résister au traitement. Ses relations aux autres sont souvent conflictuelles et violentes, du fait d'un état de persécution, d'une intolérance à toute frustration et de traits psychopathiques. D. est un jeune homme de 29 ans qui a décompensé en 2002 sur un mode paranoïde avec des thématiques mystiques, sexuelles, et mégalomaniaques.

Les parents sont séparés depuis 2000. D. est le cadet d'une fratrie de deux (un frère de 32 ans) qu'il voit peu; le père reste présent, mais n'est pas respecté par D. qui lui reproche d'avoir quitté sa mère. Il vit plus ou moins chez sa mère Les relations avec elle sont devenues très tendues du fait de leur nature fusionnelle. En 2008, des passages à l'acte violents de D., ont conduit sa mère à porter plainte contre lui. Ce rappel à la loi semble avoir mis un frein à l'escalade des conflits, et a accrédité le fait que vivre ensemble ne leur est plus possible.

D. a été hospitalisé à de nombreuses reprises en 7 ans. Il est suivi en ambulatoire dans un CMP où des entretiens familiaux ont été engagés. D. se montre souvent agressif et revendicatif, il ne se considère pas malade, refuse les soins, ce qui rend son suivi difficile et chaotique. Tous les projets d'accompagnement, de logement, de travail sont des échecs.

Les hospitalisations sont difficiles: D. est souvent inabordable dans le service où il ne respecte aucune règle. Les modifications brutales de son comportement sont coutumières, rendant la relation aléatoire. Il dit au médecin « *je suis répulsif et contraignant* »; il pleure, est toujours extrêmement délirant et interprétatif.

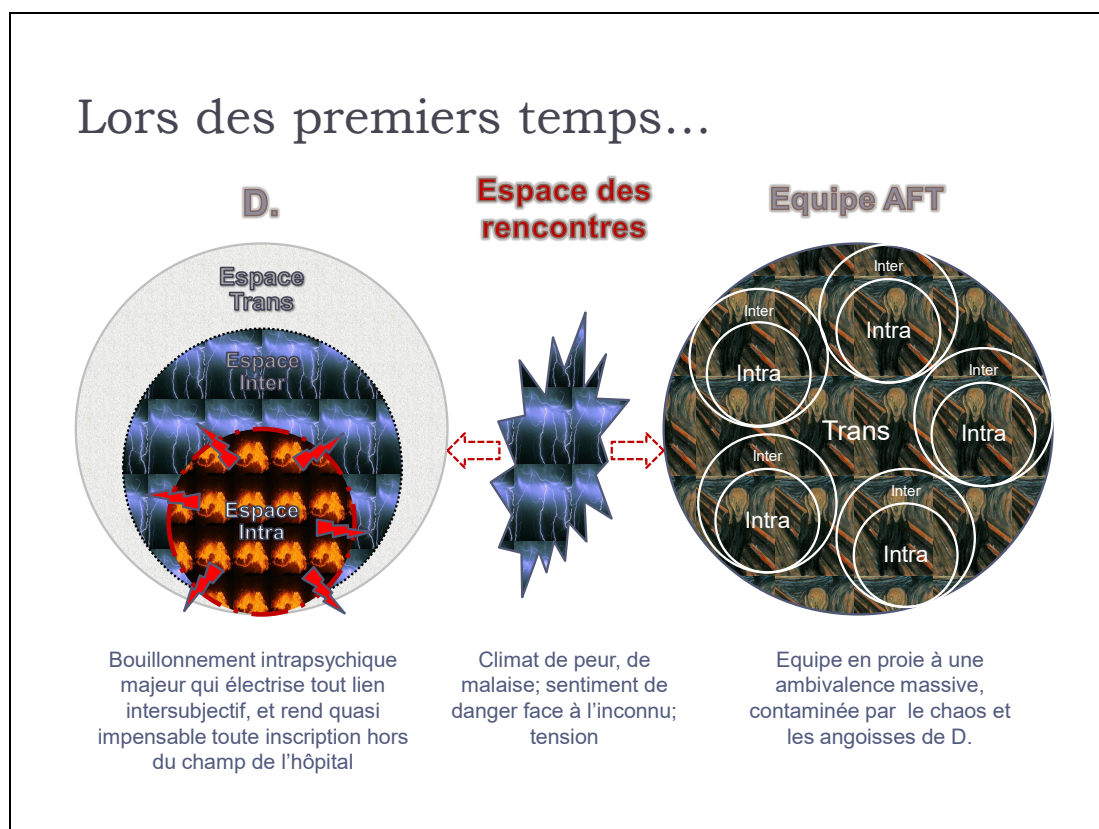
Il vit de longues périodes d'errance, de passage dans des foyers d'où il se fait maltraiter et expulser. Il se montre inadapté à toute structure de vie en collectivité : il insulte les gens, fait peur, crie, délire.

D. demande régulièrement à être hospitalisé; il demande asile quelques jours, passe d'un comportement infantile et régressif à une attitude opposante et provocante qui conduit souvent son médecin à mettre fin à l'hospitalisation.

Premières rencontres, malaise et inquiétudes des professionnels en écho de ceux de D..

Lors de la demande d'AFT, D. n'a plus aucun projet auquel s'accrocher ou s'opposer, il est en complète perte de repères. Il est hospitalisé quasi en continu depuis plus d'un an.

Nous rencontrons D. pour l'étude de cette candidature avec de sérieuses réserves. Les entretiens nous laissent avec des vécus d'étrangeté et de terreur, un malaise profond qui ne nous permet pas d'imaginer D. dans une famille. Pourtant, tout comme son équipe soignante, le besoin de croire en quelque chose de possible pour ce jeune homme dans le cadre du soin, nous amène à donner une réponse un peu ambiguë, floue, un "oui mais, pas tout de suite...", candidature entendue et étudiée mais à retravailler...



Premières accroches, premiers liens.

D. à bien entendu et intégré le caractère possible de ce projet d'AFT. Il a identifié notre psychologue comme étant un de ses représentants et n'aura de cesse durant plusieurs mois de s'adresser à lui pour lui parler de la famille, parfois en terme de rejet, mais le plus souvent avec des questions et une attente impatiente.

Recherche famille atypique pour accueil atypique

Cette famille que D. attend, nous la rencontrons en juin 2010 pour les démarches d'agrément, avec une particularité : la demande émane de monsieur P. Après l'interruption de son activité

professionnelle pour des raisons de santé, Monsieur P, informé par sa compagne sur cette profession, décide de s'engager vers une activité très éloignée de sa formation initiale : chaudronnier. Madame P travaille comme agent administratif dans le secteur médico-social. Ils sont tous deux très engagés dans la vie associative dans des secteurs très différents. Monsieur dans le cadre des pompiers bénévoles a encadré des adolescents difficiles dans le domaine sportif. Il nous dit savoir y faire avec les jeunes. Ils ont deux enfants, un garçon de 25 ans et une fille de 20 ans. Seule la fille vit encore au domicile familial et poursuit des études. La famille vit dans une maison située dans la périphérie d'une petite ville à une heure d'Annecy. Dans le hameau vit la famille élargie (frère, parents, cousins...)

On prend les mêmes et on recommence? A moins qu'entre temps...

Durant les démarches d'agrément de la famille P en Mai 2010, l'équipe de D. réactualise la demande d'AFT. Un changement de traitement semble avoir eu un effet apaisant sur D., permettant d'envisager à nouveau ce projet.

Nous rencontrons une seconde fois D., qui est un peu plus en lien, mais encore très dissocié avec une angoisse massive et tenant des propos très inquiétants. Sa consommation de cannabis et d'alcool est repérable lors de nos différents entretiens. D. nous fait part de son désir très fort de quitter l'hôpital, il ne le supporte plus, et se dit prêt à aller dans n'importe quelle famille qui voudrait bien de lui. Les impressions laissées en chacun de nous sont très variables. De nouveau, des fantasmes violents agitent une partie de l'équipe et nous laissent perplexes. Nous convenons cependant d'un essai dans la famille P, avec l'idée d'une entrée très progressive voire lente, et d'un accueil séquentiel. Une approche prudente pour un apprivoisement doux de D..

Apprivoiser, c'est tisser des liens... Mais ça demande du temps...

Lors de la première rencontre qui se déroule à l'hôpital, "*D. s'est mis sur son 31!*", selon son médecin. Il est toutefois extrêmement tendu, adopte une attitude d'adolescent rebelle et s'installe près de la porte prêt à fuir en cas de danger. Monsieur et Madame P. sont eux-mêmes angoissés et l'expriment simplement. Il y a beaucoup d'émotions lors d'échanges parfois un peu confus. Des tâtonnements, des tentatives d'approche, des regards qui se croisent, de la gêne, quelque chose s'est passée à ce moment là entre D. et Mr P.

Quitter l'hôpital, intégrer la famille d'accueil: à l'épreuve de l'entre-deux

La semaine suivante, nous accompagnons D. pour une visite dans la famille. Là, commence pour tous, une grande aventure. Durant tout le trajet, et dès le départ de l'hôpital, D. manifeste une angoisse massive : il bougonne, nos mots l'intrusent. Il se protège et s'isole dans une enveloppe sonore (casque MP3 sur les oreilles). Il s'agite sans arrêt dans la voiture sous les regards inquiets des soignants qui ne perdent rien de ce qui se passe à l'arrière....

L'accueil est simple et très chaleureux. Toute la famille était là et Mme avait préparé un gâteau. D. reste très agité (mais moins angoissé que dans la voiture), et adopte une attitude rebelle par sa posture et ironique dans son discours. La visite de la maison est assez rapide. On s'installe autour de la table. Mais D. tient difficilement en place, il a besoin de s'échapper très régulièrement pour fumer, et là, Mr P. l'accompagne dans une tentative de rapprochement, percevant bien l'intensité de son angoisse. Le comportement de D. n'effraye pas la famille, et nous convenons d'une première journée d'accueil.

Sur le retour, D. est en colère et explosif, il évoque sa propre famille, s'interroge sur la nécessité d'avoir besoin de cette famille idéale qu'il vient de rencontrer, et demande plutôt aux soignants de réparer la sienne.

Quinze jours plus tard, nous reprenons le même chemin, nous laissons D. dans la famille pour la journée non sans angoisse pour lui et pour nous. Cette journée fut un temps privilégié pour repérer le quartier, les habitudes familiales et investir un peu sa chambre le temps d'une sieste. Journée paisible dans son ensemble. A notre retour, tout le monde est installé sur la terrasse autour d'un café, D. nous offre des fleurs des champs qu'il a cueillies avec Monsieur P. ... Ils ont convenu ensemble de la prochaine étape : un séjour de plusieurs jours ! Nous restons toutefois prudents et maintenons un rythme qui nous semble plus progressif ... ce qui n'est pas sans agacer D..

Entre-temps, Monsieur P rend visite à D..

Cette deuxième journée est agréable. D. trouve cette famille « *bien cool* » et revient à l'hôpital de mauvaise grâce. Il dit « *ne plus supporter l'hôpital avec tout ces gens* », il voudrait aller vite et nous presse, mais nous conservons notre décision de lenteur durant encore deux mois, avec des séjours de plus en plus longs, ou D. s'immerge progressivement dans cette famille.

La scène d'AFT se met en place : résurgences d'affects et de fantasmes à tout va ! Se côtoyer, se rencontrer, s'identifier: que d'histoires...familiales!

Il redécouvre au fil des jours les gestes oubliés du quotidien au coté de Monsieur P. Lui-même découvre le métier d'accueillant familial et le travail à domicile, tout en poursuivant les multiples activités de jardinage, bricolage, rénovation, pêche, chasse et sorties. Il se montre très enveloppant et rassurant avec D., perçoit ses besoins de replis et les respecte. Madame travaille sur l'extérieur. Elle peut s'absenter plusieurs jours pour des engagements professionnels, mais se montre très attentive et exigeante vis-à-vis de D.. Avec la fille de la famille, les échanges sont simples.

D. a du mal à se lever avant midi, doit être sollicité de façon répétée pour participer un peu aux tâches du quotidien. Il ne sait pas comment être en relation avec les autres, comment se comporter.

Lors du premier séjour de 3 semaines, ont lieu quelques alcoolisations reprises très fermement par Madame. D. a bougonné, il a fait la tête, mais il a supporté cette réprimande sans être débordé ni s'emporter.

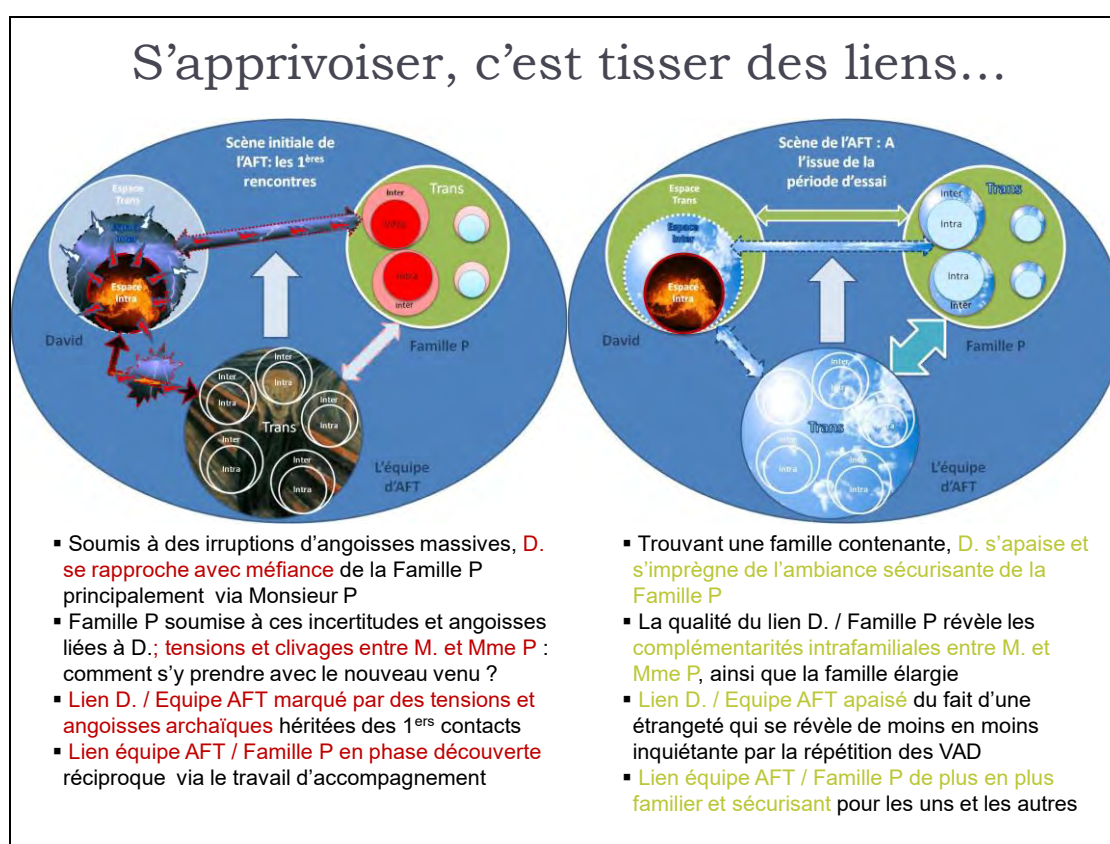
Lors des visites infirmières, Monsieur nous fait part de ses doutes et hésitations quand aux limites de ses interventions: peut-il dire à D. de faire ceci ou cela? Les limites fixées sont-elles légitime ("*c'est un adulte quand même...!*")? Quelle est sa place dans la famille ("*Ce n'est pas notre enfant, comment l'aider sans l'infantiliser?...!*"), Monsieur P nous demande de le rassurer sur la qualité de son travail, voir même de valider qu'il s'agit bien d'un travail. Il est dans une perplexité constante, alors que nous sommes époustouffés par les changements que nous observons lors des visites. D. se pose, il nous sert le café, reste avec nous le temps de l'entretien, il participe à l'échange, fait des commentaires sur la vie de la maison, il a fabriqué de la confiture et nous en offre un pot avec une certaine fierté. En quelques semaines, D. s'est métamorphosé, d'un garçon plutôt inquietant il devient un jeune homme plutôt sympathique.

Monsieur P., face aux difficultés de D. dans la vie quotidienne, tâtonne, tente de faire alliance et pose un cadre souple, mais ferme, ce qui semble rassurer D.. Lors des visites, Monsieur P. interroge le bien fondé de sa méthode de travail, tout en voyant bien les progrès accomplis. Il nous demande de venir en parler en présence de sa femme qui trouve le rythme trop lent et reste plus axée sur un versant éducatif. Il fait état de fréquents conflits dans le couple en lien avec un positionnement différent autour de D.. Celui-ci ne perd pas une miette de ce qui se passe, expérimente le fait d'être l'enjeu affectif de conflits non destructeurs. Il nous semble alors important de repositionner nos visites en présence de Madame P, avec ce fantasme de l'équipe AFT en écho au monde interne de D., que le couple parental peut être mis à mal dans la prise en charge de "*ce grand garçon un peu bancal*".

L'entre-deux familial - l'entre-deux familles - Temps et espaces transitionnels: l'émergence d'un processus thérapeutique

Monsieur P fait preuve de souplesse, relativise beaucoup ce dit qu'il y a le temps avec D.. Il tente toujours d'arrondir les angles et semble plus conscient de la pathologie de D.. Etre un homme au foyer, est une place qu'il découvre en tâtonnant, tout comme D. tente de trouver comment se comporter dans ce nouvel environnement.

Madame se montre plus exigeante; impatiente elle se fâche et reproche souvent à son mari d'être trop laxiste: « *c'est comme avec les enfants, il a toujours été comme ça, et ça m'énerve!... Et puis la maladie ne fait pas tout, il y a des efforts à faire* ». Dans ces moments orageux, D. et Monsieur P. se regardent en coin: une vraie connivence s'est installée. Au fil des visites, certaines étant houleuses, nous mesurons l'attachement et la qualité des liens dans cette famille, et l'effet d'apaisement sur D., qui s'accommode très bien des tâtonnements de Monsieur et du caractère ombrageux de Madame.



Par la suite, nous ne cesserons d'être étonnés par l'évolution de D., qui s'ouvre au monde, accompagné par Mr et Mme P. La vie familiale est en mouvement, la fille va quitter le domicile de ses parents, trouver du travail et parallèlement des questionnements émergent sur les projets de D., un travail possible, l'idée qu'il puisse un jour prendre un appartement, passer son permis de conduire. Et cette maladie, dont les symptômes les plus évidents semblent écartés, laisse à penser que peut être un jour, il pourrait se passer de traitement d'autant plus que la baisse de posologie est déjà notable. La famille se demande parfois si D. est bien malade, si avec le temps il ne pourrait pas être comme tous le monde, comme nous.

Dans la famille d'origine de D., les liens se sont renoués avec le père qui rend des visites régulières, et avec lequel il partage des moments de loisir, les relations avec son frère ont repris suite au décès brutal de leur mère. Après le décès, D. a pu prendre sa place au côté de son frère, notamment

lors de la sépulture et des démarches liées à la succession. La famille P. était là, en retrait mais très présente dans le soutien de D..

Aujourd'hui, après quasiment deux ans d'accueil, D. est installé et participe à tous les évènements familiaux. Il se rend régulièrement dans le Sud avec eux, pour des vacances et quelques travaux de rénovation dans la résidence secondaire.

Un certain équilibre s'est instauré.

Nous envisageons cependant, à la demande de Mr et Mme P de proposer une nouvelle personne à accueillir. D. est au courant, il l'a rencontré. Une nouvelle étape s'amorce pour lui, celle de ne plus être le seul et l'unique, et celle du partage de l'attention de Mr et Mme P.

[Conclusion pour souligner les points clés de cette illustration clinique:

- **la communication inconsciente entre les espaces psychiques des uns et des autres** qui favorisent les contaminations réciproques par les affects et matériaux archaïques nocifs ou encombrant de chacun, mais qui forge également simultanément les fondements des liens en devenir;
- **les interstices temporels et spatiaux** dans le soin qui favorisent les transitions entre un état psychique et un autre, entre un vécu et une élaboration;
- **la nécessité d'inclure dans le dispositif d'AFT**, mais également tant tout dispositif de soin en psychiatrie, des **espaces intermédiaires de métaphorisation et de re-subjectivation** (synthèses, réunion d'équipe, supervisions, formation).]

Il apparaît ainsi qu'entre interfaces et interstices...

- ▶ **La scène de l'AFT est celle d'un groupe d'appartenance secondaire** dans lequel sont déplacés, répétés, transférés, de nombreux éléments du groupe primaire du patient et de la famille d'accueil, et dans une moindre mesure, des soignants eux-mêmes.
- ▶ **Les échanges inconscients entre les espaces psychiques des uns et des autres**
 - ▶ favorisent les « contaminations réciproques » via les affects et matériaux archaïques nocifs ou encombrant de chacun...
 - ▶ mais qui ils forgent également, simultanément, les fondements des liens en devenir;
- ▶ **Les interstices temporels et spatiaux présents dans le parcours de soin favorisent:**
 - ▶ les transitions entre différents états et espaces psychiques;
 - ▶ l'élaboration des vécus et les mises à distance;
 - ▶ la filtration des contenus psychiques engagés dans le tissage des liens.

- ▶ Aussi, pour mener à bien leur tâche première en AFT, **soignants et familles d'accueil se doivent de porter attention à ce qu'ils éprouvent, à leurs affects et à la mobilisation de processus et d'énergies psychiques en rapport à leur histoire personnelle.**
- ▶ **Ce sont les principaux indices à partir desquels ils peuvent intervenir et accompagner le patient accueilli.** Au risque de se retrouver parfois sur des territoires intimes et même partiellement méconnus d'eux-mêmes...



Ainsi, la **nécessité d'inclure dans le dispositif d'AFT, mais également dans tout dispositif de soin en psychiatrie, des espaces intermédiaires de métaphorisation et de re-subjectivation** (synthèses, réunion d'équipe, supervisions, formation) apparaît plus que jamais incontournable!

