

L'ACCUEIL FAMILIAL DES ADULTES

Jean-Claude CÉBULA

Initialement publié aux Editions Dunod
en **1999** (épuisé)
Reproduit ici avec l'autorisation de l'auteur

Avertissement :
les textes réglementaires ayant évolué,
certaines références aux contrats, rémunérations, lois...
ne peuvent servir que de traces ou de repères « historiques ».

SOMMAIRE

Préambule	4
I - L'accueil familial : histoire et diversité	7
1. Évolution des besoins et des réponses	
- l'évolution des solidarités familiales	
- l'évolution des besoins	
- l'évolution des réponses : l'accueil familial ?	
2. Histoires et développements	13
- l'accueil familial des personnes âgées : de la solidarité sociale à une activité commerciale non contrôlée	
- l'accueil familial des handicapés mentaux : du mythe à l'institutionnalisation d'un accueil familial asilaire	
- les colonies familiales en France	
- variations institutionnelles sur le thème de l'accueil familial	
- avant 1989 : un paysage flou	
II - Réglementation et actualité	33
1. La nécessité de réglementer : la loi du 10 juillet 1989	
- histoire de la loi	
- l'accueil familial selon la loi du 10 juillet 1989	
- les bénéficiaires	
- commentaires	
2. Une pratique de soin : l'arrêté du 1er octobre 1990	44
- la nécessité de l'arrêté	
- l'histoire	
- une définition de l'accueil familial thérapeutique	
- commentaires	
3. Quel cadre pour l'accueil familial ?	49
- la nécessité d'un cadre pour l'accueil familial	
- les cadres actuels et leurs réponses	
4. L'accueil familial en 1998	57
- l'accueil familial social	
- l'accueil familial thérapeutique	
- accueil familial social et accueil familial thérapeutique	
- accueil familial d'adultes et accueil familial d'enfants	
- aux marges de l'accueil familial	
- des intermédiaires plus ou moins légaux, reconnus ou innovants	
III - Les familles d'accueil	74
1. Qu'est-ce qu'une famille d'accueil	76
2. Un profil des familles d'accueil ?	79
3. Le statut	81
- un statut incohérent	
- des contraintes lourdes	
- des rémunérations disparates	
4. Une reconnaissance des familles d'accueil ?	86
5. Familles d'accueil au quotidien	87
- de quelques obligations	
- être et vivre avec	
6. Paradoxe d'un métier et formation	102
- la formation	
- le paradoxe de la réussite	
7. La pertinence des familles d'accueil	107

- la préoccupation familiale primaire
- une pensée contenante et homogénéisante
- une pensée contextualisante et créatrice
- désir et identité

IV - L'agrément	115
1. Une autorisation d'exercer	117
2. Les critères d'agrément	118
- les critères légaux	
- les critères critiquables	
- des critères aux motivations	
3. Agréer	127
- de l'agrément à l'activité : sélection et recrutement	
- sélectionner	
- un protocole ?	
V - Les personnes accueillies	135
1. Les populations accueillies	138
- les personnes âgées	
- les personnes handicapées	
- les malades mentaux	
2. Indications et contre-indications	145
- des indicateurs pour les indications	
- des projets	
VI- Intervenir en accueil familial	150
1. La préparation	153
2. La mise en place de l'accueil	155
3. Suivi et contrôle : des notions discutables	157
- suivi et contrôle : des pratiques inadéquates	
- suivi et contrôle : des pratiques non différenciées	
- les tentatives de différenciation et leurs limites	
- du suivi vers l'accompagnement	
4. L'accompagnement : quelques principes, un protocole et des modes d'intervention	163
- l'intentionnalité	
- déroulement de la visite	
- fréquence des visites	
- l'implication des intervenants	
- d'autres niveaux d'intervention	
- la notion d'équipe	
5. Les fonctions de l'accompagnement	174
- un tiers organisateur	
- l'accompagnement du projet	
- la dynamique de l'accueil familial	
- la réussite ou l'échec	
- l'expérience de la dépossession	
- envahissement	
- contenir	
Références de textes et d'ouvrages	188
Références réglementaires	189
L'auteur (4^{ème} de couverture)	190

PRÉAMBULE

L'accueil familial des adultes existe !

Au moins 15000 personnes, âgées, handicapées ou malades mentales sont accueillies par des familles dites d'accueil. Et combien de milliers d'autres (familles d'accueil, intervenants...) participent à ces histoires de vie ?

Ces familles et les accueils qu'elles proposent sont colorés de valeurs et d'intentions si diverses qu'il est difficile de les associer à une même pratique.

Les cadres réglementaires dans lesquels se développent ces accueils sont si peu opérationnels qu'il est difficile d'assimiler l'accueil familial à un dispositif social ou sanitaire au service de personnes en difficulté. De plus, cet encadrement réglementaire ne prend pas en compte tous les accueils en famille et laisse dans l'ombre tout un pan des solidarités familiales ou sociales.

L'accueil familial des adultes reste un objet social peu identifié.

Des adultes en famille d'accueil !

Oui, et ce n'est pas nouveau.

Pourtant, malgré son ancienneté et après avoir largement démontré sa pertinence, l'accueil familial reste perçu avec insistance comme un mode d'hébergement.

Ce qui semble faire fi des réels besoins des personnes orientées vers des familles d'accueil. Ce n'est pas d'un manque d'hébergement dont elles souffrent mais de leur incapacité à être autonomes. Les méandres de leur histoire et de leur dépendance affective, psychique, relationnelle les obligent à se reposer sur des aides qu'une famille autre que la leur parait disposer à leur apporter.

Ce qui semble faire fi, avec beaucoup de légèreté, de la qualité de présence et de sollicitude qu'offrent les familles d'accueil. Dans la vie quotidienne partagée, elles proposent une palette d'attentions irréductible à une simple hôtellerie familiale.

Dans quels registres familiaux, sociaux ou relationnels s'aménagent donc ces accueils d'adultes ?

L'accueil familial des enfants s'inscrit dans des modèles d'aide, d'éducation ou de soin valorisés et partagés par notre culture.

Un enfant a besoin d'une famille pour grandir. Mais des adultes ? Des personnes âgées ? Des personnes handicapées ?

Et des accueillants d'adultes ? Quelles fonctions peuvent-ils assurer au quotidien ? Quelles sont les configurations familiales adaptées aux besoins des personnes accueillies ?

Evoquer l'accueil familial oblige à plusieurs partis pris.

Par exemple, celui du mouvement inaugural de l'accueil proprement dit. Les adultes orientés vers des familles d'accueil vivent des décisions de placement, quels qu'en soient les acteurs : parenté, tuteur ou professionnels des institutions dans lesquels ils étaient pris en charge.

Placement qui, pour la très grande majorité, est un déplacement lourd de sens, et oblige à se pencher sur les intentions qui le sous-tendent.

Ou celui du nécessaire système relationnel qui se construit entre une famille d'accueil et un accueilli, sans lequel l'accueil est impossible et qui devient le seul garant de la sécurité des personnes.

Système relationnel complexe qui se construit à partir des besoins, des manques, des attentes, des fantasmes de chacun. Qui oblige à en penser les limites afin que la présence et le travail des familles d'accueil ne soient emportés par des demandes auxquelles elles ne peuvent répondre dans la continuité de leur présence, et afin que les accueillis continuent à trouver l'attention suffisante à laquelle ils peuvent prétendre.

Complexité et processus qui obligent donc à penser des interventions au plus près des besoins des personnes afin de les accompagner dans des tranches de vie qui ne laissent personne indifférent.

En effet, l'accueil familial n'est pas sans interroger le "familial" de chacun, les liens qui s'y nouent et les places qu'y occupe la parenté.

A ce titre, il peut être le vecteur d'un questionnement identitaire réveillant des mécanismes psychiques sclérosés.

A ce titre, il est le vecteur de soins, au sens du soin apporté dans leur vie quotidienne par les familles d'accueil aux personnes accueillies. Mais également parce qu'il devient une possibilité de reconnaissance et d'inscription dans un milieu d'appartenance familial et social.

Autant de raisons qui justifient de concevoir l'accueil familial comme un mode d'aide à valoriser et à reconnaître.

La complexité dans lequel s'inscrit l'accueil familial exige de faire le point sur l'ensemble de ces événements, de l'histoire à l'actualité et à la découverte des mouvements qui traversent accueillis et accueillants afin d'avoir quelques repères et garde fous pour agir.

L'accueil familial des adultes existe mais reste étonnamment méconnu... handicap certain à son inscription comme solution adaptée dans les moyens d'aide aux personnes

Cette méconnaissance n'est guère levée par la florissante littérature cantonnée aux commentaires et à la critique, ou à la recherche de ce qui pousse les familles d'accueil à agir. Les articles sont donc nombreux.

C'est pourquoi cet ouvrage ne comporte pas de bibliographie mais seulement quelques références incontournables.

CHAPITRE I

L'ACCUEIL FAMILIAL : HISTOIRE ET DIVERSITÉ

1. ÉVOLUTION DES BESOINS ET DES REPONSES

L'intérêt porté à l'accueil familial depuis quelques années, confirmé par la loi votée en juillet 1989, résulte de l'évolution des solidarités familiales et de l'accroissement du nombre et des besoins des adultes dépendants. Dans ces circonstances, l'insuffisance des réponses sociales, ou tout au moins de leur variété, a parfois été supplée, notamment en direction des personnes âgées, par des particuliers amenés plus ou moins spontanément à proposer leur espace familial comme lieu d'accueil, soit dans le cadre d'initiatives privées incontrôlées, soit dans le cadre de dispositifs peu structurés d'accueil familial. Se sont ainsi développés des accueils en familles très disparates, et dont la dimension familiale n'est pas toujours probante.

1.1. L'évolution des solidarités familiales

Traditionnellement, les solidarités familiales ou communautaires s'exerçaient à l'égard des personnes âgées ou handicapées. Ces adultes dépendants trouvaient naturellement refuge dans la famille nucléaire ou élargie. Les ancêtres bénéficiaient de l'attention de leurs enfants, les simples d'esprit s'occupaient à des tâches familiales ou villageoises. Des parents, la famille, voire des voisins ou la communauté, prenaient en charge ses aînés ou ses malheureux, sans intervention des services sociaux ou de l'administration.

Cet accueil, qualifié d'intrafamilial, vécu dans l'intimité des familles, n'était pas exempt de sentiments contradictoires mêlant amour et dette, réparation et culpabilité, espoirs et intérêts. Malgré ces vicissitudes, il a perduré tant qu'une certaine idée et réalité de la famille a apporté à chacun aide et protection.

Depuis quelques décennies, la famille comme exercice possible de telles solidarités traverse de profondes mutations. Elle a perdu certaines de ses fonctions, celles de refuge et de transmission des valeurs par exemple. De plus, ses contours se sont radicalement modifiés, elle ne rassemble plus que rarement trois générations (grands-parents, parents et enfants) pour ne laisser place qu'à une cohabitation désordonnée de parents et d'enfants.

La famille n'est donc plus ce qu'elle était pour se montrer réduite, désarticulée, parfois sans père ni repère. Elle n'est plus seulement traditionnelle, organisation imaginaire d'un idéal de famille, mais épouse des figures complexes : éclatée, recomposée, monoparentale, elle n'accepte et n'accueille plus auprès d'elle ses membres désorientés ou fragiles.

Cette désarticulation familiale a dans le même mouvement atteint la communauté (voisins, village...) qui ne prend plus en charge des aînés qui se contentaient de la chaleur du foyer ou des simples d'esprit auxquels étaient confiées quelques occupations champêtres.

En cette fin de siècle, bouleversée par ces transformations, la structure familiale ou communautaire ne sait plus et ne peut plus faire face aux besoins de ses vieillards dépendants qui ne trouvent plus leur compte auprès d'enfants incertains ou absents, ou n'a plus les moyens de s'occuper de ses handicapés qui poursuivent leur errance d'établissements spécialisés en services médico-sociaux.

1.2. L'évolution des besoins

La famille, mais aussi le temps, l'espace et la disponibilité manquent pour s'occuper des aînés ou des handicapés, d'autant qu'ils réclament aujourd'hui davantage de présence et d'attention : de plus en plus nombreux en raison de l'allongement de la durée de la vie, ils exigent des interventions nouvelles et des soins permanents adaptés à l'inévitable dégradation de leur état somatique et/ou psychique.

En occident, la durée de vie moyenne de la population s'accroît sensiblement et régulièrement. En France, par exemple, les centenaires sont dix fois plus nombreux qu'il y a quarante ans.

L'allongement de la durée de vie touche le monde des handicapés qui a également bénéficié de l'amélioration des conditions de vie, d'hygiène, d'alimentation, de soin. Leur nouvelle espérance de vie s'accompagne logiquement d'une évolution de la nature et de la qualité de leurs besoins. Si celle-ci se traduit par une spécialisation des modes de prise en charge qui leur sont proposés, elle nécessite également la mise en place d'actions visant leur insertion sociale et professionnelle.

Repousser l'âge de la mort et améliorer les conditions d'existence n'est pas sans conséquences, le vieillissement et ses effets obligeant à répondre dans la durée à des populations dont l'état est amené à se dégrader. Durée et dépendance auxquelles ne peuvent plus faire face les parents, ce qui n'est pas sans les inquiéter, les laissant aux prises avec leur défaillance et leur culpabilité, situations et sentiments qui ne sont pas exempts d'une certaine influence sur l'organisation des moyens mis en place pour protéger et soigner leurs parents, surtout lorsque ces moyens mettent en jeu d'autres familles.

Ainsi, des solutions, économiquement viables et humainement adaptées, doivent être inventées pour prendre en charge ces populations. La réponse sous forme d'hébergement collectif (maisons de retraite, foyers de personnes âgées ou d'adultes handicapés) a pu en partie traiter ces besoins, mais elle se heurte, dans certains cas, à quatre types de problèmes parfois concomitants : l'insuffisance de places, le manque de ressources de la personne et/ou de sa famille, l'inadaptation des établissements et de la vie en collectivité, ainsi que l'éloignement de ces structures des lieux de résidence habituels et donc du tissu social et relationnel.

Ces différentes situations conduisent à innover en concevant des solutions complémentaires aux structures classiques d'hébergement et de soin collectives, des solutions plus souples contribuant à renouer ou à conserver des liens sociaux, à ne pas déstabiliser les personnes et à répondre au plus près de leur demande. Parmi ces réponses, des petites unités de vie insérées dans la cité, des structures d'accueil non traditionnel, et des familles d'accueil.

En effet, dans certaines conditions, les familles d'accueil peuvent devenir des solutions pertinentes par leur proximité, leur souplesse, et la facilité de mise en œuvre. De plus, elles ont l'avantage d'offrir des conditions d'accueil chaleureuses, humaines, socialisantes et responsabilisantes, susceptibles de répondre à l'extrême diversité des besoins.

1.3. L'évolution des réponses : l'accueil familial ?

Dans ce contexte, les familles d'accueil se multiplient selon deux modèles : soit elles agissent de leur propre initiative et gèrent les différentes étapes de l'accueil qu'elles proposent, soit elles sont sollicitées par des institutions qui placent chez elles certains de leurs ressortissants.

L'élan altruiste qui motive une telle offre d'accueil n'est pas dénué de contradictions où se mêlent une empathie profonde pour des personnes âgées et des préoccupations plus matérielles. Tant qu'un équilibre a pu être trouvé entre le souci humaniste qui pousse à s'occuper de populations en détresse et les compensations personnelles, tant psychiques que financières, qui en découlent, ces accueils paraissaient à priori peu problématiques.

Mais, la pression des besoins amène la multiplication de propositions émanant de particuliers chez lesquels les intérêts financiers prennent parfois le pas sur le bien-être des personnes. Plus inquiétant, les prestations de maintien à domicile s'étant considérablement développées et améliorées, ce sont les personnes les plus dépendantes qui sont orientées vers des établissements, et parfois malheureusement vers les familles d'accueil. L'on assiste de fait à des dérapages où l'accueil proposé perd son caractère familial et où les besoins de soin des personnes sont tels que les familles d'accueil ne peuvent y faire face sereinement.

Alors que des particuliers proposent ainsi spontanément leur accueil familial à des personnes âgées le plus souvent, des institutions du secteur public (des hôpitaux) et du secteur privé (des associations) sollicitent également des familles d'accueil pour des personnes handicapées ou des malades mentaux sur la base de préoccupations similaires : trouver des modes d'hébergement et/ou de soin plus satisfaisants que les structures collectives ou l'hospitalisation, parfois faute d'un nombre de places suffisant, ou encore au nom d'un souci économique.

Ainsi, fortement sollicitées, les familles d'accueil prennent une place de plus en plus importante dans la panoplie des moyens sans que l'on sache si elles peuvent répondre aux besoins de plus en plus spécialisés de populations marginalisées et dépendantes en raison de leur âge et /ou de leur handicap.

De plus, l'absence de références réglementaires ou institutionnelles claires et fonctionnelles laisse se développer des situations qui ne peuvent être assimilées à un accueil familial à proprement parler, à savoir une vie familiale partagée dans un cadre construit et soutenu par un tiers organisateur désigné.

1.4. La multiplicité des accueils familiaux

Cependant, et quoi qu'il en soit de ces difficultés brièvement évoquées, les familles d'accueil proposent des réponses susceptibles d'être adaptées aux besoins différenciés de deux types de populations : des personnes âgées et des personnes handicapées.

Ainsi, ont été conduites quasi naturellement vers l'accueil en famille, des personnes âgées jamais institutionnalisées, jusqu'alors aidées afin de rester à leur domicile, reculant le plus possible leur départ vers un ailleurs incertain et déshumanisant, voire déstructurant, et des personnes âgées ne pouvant être orientées vers des structures collectives trop onéreuses ou inadaptées à leur personnalité.

Cependant, l'accueil proposé par un particulier dépasse rapidement sa vocation première d'hébergement pour devoir prendre en charge la dimension de soin requise par des personnes sujettes à la perte de leur autonomie. L'accueil en famille prend inévitablement une orientation sanitaire, sorte de soin à domicile, afin de traiter leurs désordres psychiques et physiques.

De même ont été amenées vers l'accueil familial des personnes handicapées, de plus en plus institutionnalisées, sur la base de deux trajectoires dont on retrouve les traces dans les accueils existants :

- celle du fou du village ou de l'arriéré qui, après un passage par l'enfermement asilaire revient comme handicapé errer entre les espaces médico-sociaux, sans domicile fixe, renvoyé de l'un à l'autre en fonction de critères économiques peu adaptés à sa situation.

Ici, l'accueil familial est provoqué par un établissement spécialisé, parfois au titre de mythe guérisseur ou plutôt de vertus thérapeutiques attendues des campagnes et de leur saine occupation, comme lieu de villégiature romancée ou de repos, mais également d'inscription dans une communauté.

- celle des enfants placés qui, devenus des adultes, traînent leur handicap et leur placement chez des anciennes nourrices, ou chez des agriculteurs dont la tolérance était grande tant que, dans une économie agricole de subsistance, ils pouvaient plus ou moins participer aux travaux, trouvant là valorisation et reconnaissance. Ici, l'accueil familial de l'enfant se perpétue jusqu'à prendre des allures d'adoption.

Récemment et par extension, des familles d'accueil ont été sollicitées pour répondre à des situations de dépendance nouvelles ou auparavant appréhendées différemment. L'accueil par des familles est ainsi utilisé pour prendre en charge des traumatisés crâniens, ou pour contribuer à la non-exclusion de personnes atteintes du sida. Si le caractère non-évolutif, voire le pronostic mortel de certaines de ces pathologies laissent entrevoir l'absence de projet possible et peuvent laisser sceptique, il est indéniable que ces accueils peuvent apporter une meilleure qualité de vie.

Plus sérieusement, le développement de l'accueil familial pour des populations toxicomanes s'appuie sur les processus sociaux et psychiques que propose une famille d'accueil à un être en recherche de soi et des autres.

2. HISTOIRES ET DEVELOPPEMENTS

Ce développement récent et disparate ne doit pas faire oublier que l'accueil familial est issu d'une longue histoire qui laisse des marques profondes.

En effet, si les familles d'accueil apparaissent aujourd'hui comme une des réponses possibles aux besoins d'adultes en difficulté, la contribution de particuliers ou de familles accueillant des nécessiteux est ancienne, parfois mentionnée dans les textes relatifs à l'aide aux personnes au titre du placement familial. Cependant, tout comme certains accueils actuels peuvent difficilement être qualifiés véritablement d'accueils familiaux, certaines de ces contributions n'ont eu de familial que le fait qu'une famille a été mobilisée pour mettre à disposition un logement.

L'accueil familial est donc riche de son passé et de ses dérives. Concernant les personnes âgées, il est difficile de saisir l'évolution de ces accueils, souvent de circonstances relevant d'initiatives personnelles plus ou moins connues ou régulées, ne requérant pas l'intervention d'un tiers institutionnel social ou médical.

Seule l'histoire de l'accueil familial des malades mentaux est bien connue et souvent invoquée car son origine moyenâgeuse n'est pas sans apporter quelques éclairages aux circonstances et aux aléas qui caractérisent ce mode d'hébergement devenu peu à peu un mode de traitement psychiatrique.

Reprendre les étapes de l'histoire de l'accueil familial permet de rappeler le sens d'un mythe fondateur, d'appréhender les dérapages successifs qui ont notamment conduit aux réglementations actuelles, et par là même de pointer l'originalité de ce mode de prise en contribuant à en définir les limites.

2.1. L'accueil familial des personnes âgées : de la solidarité sociale à une activité commerciale non contrôlée

Pour les personnes âgées, les familles d'accueil apparaissent lorsque la famille est absente et les vieillards nécessiteux. C'est pourquoi l'histoire de l'accueil familial des personnes âgées est en fait l'histoire de l'offre de particuliers, offre inscrite dans les textes de réglementation relatifs aux aides publiques qui vont peu à peu prendre la forme de l'aide sociale actuelle.

Ainsi, dès la révolution, on trouve trace d'une préoccupation officielle à l'égard des vieillards nécessiteux : "le comité de mendicité" préconise, si l'on ne peut faire appel à la famille, de les confier à une famille d'accueil à condition qu'ils aient plus de 60 ans et moyennant une pension".

Au début du 20ème siècle, la loi du 14/7/1905 relative à l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources précise les modes d'assistance à domicile ou de placement. Selon les articles sont successivement évoqués "le placement familial" ou "le placement chez un particulier", voire "le placement dans des familles étrangères" dont les conditions sont fixées par le conseil général.

Dans les années 50, l'article 157 du code de la famille et de l'aide sociale rappelle ces différentes possibilités : "toute personne âgée de 65 ans privée de ressources suffisantes peut bénéficier, soit d'une aide à domicile, soit d'un placement, chez des particuliers ou dans un établissement".

Jusque-là, la réglementation mentionne indifféremment le placement familial ou le placement chez un particulier pour des personnes âgées sans ressources. Cette absence de ressources cache bien d'autres besoins auxquels les familles d'accueil répondent en principe spontanément : affection, entourage familial, intégration dans un environnement relationnel sécurisant.

On assiste à une évolution avec un placement familial réglementé par les dispositions prises en 1959¹ pour les bénéficiaires de l'aide sociale : "toute personne âgée qui ne peut être utilement aidée à domicile, peut être placée, si elle y consent, dans des conditions précisées par décret, soit chez des particuliers, soit dans un établissement hospitalier ou une maison de retraite publique, ou à défaut dans un établissement privé."

Ici, l'accueil par des particuliers, comme d'autres modes de placement, devient une solution après que les solutions de maintien à domicile aient été épuisées. On retrouvera par la suite cette idée sous-jacente d'un accueil familial en dernier recours.

¹ - décret n° 59-143 du 7 janvier 1959

Ce point est d'importance dans la mesure où il situe l'accueil familial à la fois comme une solution alternative à une prise en charge plus lourde, et comme une solution intervenant lorsque les personnes qui peuvent en bénéficier souffrent de carences importantes.

Ainsi, l'accueil familial des personnes âgées prend peu à peu une place parmi, ou plutôt après, les différentes réponses sociales aujourd'hui organisées, telles les aides ou les soins à domicile, les portages de repas... Il vient compléter ces aides matérielles qui deviennent insuffisantes lorsque l'état des personnes se dégrade, et répondre à l'accroissement de la défaillance à gérer le quotidien.

Ce regard traditionnel, qui réduit l'accueil familial à un mode d'hébergement, se retrouve dans les derniers textes de réglementation. Il a pour conséquence directe d'omettre la nature réelle des besoins des personnes et la qualité des réponses humanisantes des familles d'accueil.

Une telle conception se voit renforcée par la volonté de certains accueillants de promouvoir leur espace d'accueil en l'identifiant à de petits établissements dans lesquels le caractère familial ne traduit en fait que le petit nombre de pensionnaires.

Ces représentations dénaturent l'accueil familial en l'assimilant à un hébergement de circonstance et handicapent lourdement la compréhension de ce dispositif, de ses besoins et de ses richesses.

La réglementation, par exemple le décret du 13 avril 1962 relatif au placement familial des personnes âgées, infirmes, aveugles et grands infirmes bénéficiaires de l'aide sociale ne prévient pas ces dérives, notamment en ce qui concerne les personnes âgées.

Ce texte, qui fixe le montant de la pension attribuée au particulier et du pécule remis par celui-ci à la personne âgée, rappelle l'existence d'une convention passée entre le préfet et le particulier, et évoque la surveillance régulière du placement. Il ne prévoit pas d'intermédiaire de placement et laisse se développer des pratiques d'accueil de particuliers pour lesquels la logique commerciale prime sur la logique sociale.

A l'inverse, pour les personnes handicapées, est évoqué leur placement dans ce cas assuré par des intermédiaires ou organismes habilités.

Ces nuances, à peine perceptibles mais fondamentales, se retrouvent dans les pratiques actuelles.

2.2. L'accueil familial des handicapés mentaux : du mythe à l'institutionnalisation d'un accueil familial asilaire

De son côté, la population disparate des handicapés (et la plus concernée par l'accueil familial) a été l'objet de sollicitudes diverses. Si pour une partie de cette population, les solidarités familiales ont pu faire face à leurs difficultés comme pour celles des personnes âgées, pour la part la plus importante, à savoir les malades mentaux ou les handicapés mentaux qui sont passés par l'asile et l'institution, il en a été autrement.

Pour eux, l'histoire de l'accueil familial chemine avec celle de la folie, de ses représentations et des traitements préconisés, donc avec celle de la reconnaissance de la maladie mentale et de l'évolution de sa prise en charge dans des structures spécialisées.

Pour ces innocents, insensés, possédés, aliénés ou fous selon les époques, l'accueil familial puise son origine dans la communauté de Geel, et dans l'histoire des pèlerinages aux saints guérisseurs qui, petit à petit au moyen-âge, vont consacrer la transposition chrétienne de rituels magiques de cérémonies dans des lieux chargés de mystères tels que les sources, les grottes, les clairières.

L'accueil familial des malades mentaux est indirectement issu de ces exercices religieux lors desquels l'invocation d'un saint était supposée chasser la folie ou la possession démoniaque.

Geel, petit village des Flandre, a été l'un de ces lieux de pèlerinage alliant possession, passion et drame familial, avant de devenir l'origine mythique de l'accueil familial des malades mentaux

Au moyen-âge, les nombreux autres lieux de pèlerinage pour possédés n'ont pas, comme à Geel, associé exorcisme et accueil familial et surtout n'ont pas perpétué la tradition. Parmi eux, on peut évoquer Saint-Menoux dans l'Allier, situé à quelques kilomètres de ce qui allait, quelques siècles plus tard, devenir la colonie familiale de Dun-sur-Auron, sans qu'aucun lien puisse être établi entre le pèlerinage du moyen-âge et une décision de santé publique prise à la fin du 19ème siècle.

Néanmoins, Saint-Menoux peut être rapproché de Geel, puisque les traces des pèlerinages trouvent leur origine, comme à Geel, dans la halte que fit au moyen-âge dans ce village un évêque irlandais voyageant vers Rome. On y conduisit donc les fous, les "bredins", qui, passant leur tête dans le "débeurdinoir", pouvaient retrouver leur esprit. Cette sorte de scanner magique est un trou dans une pierre, toujours visible dans l'église.

Dans d'autres lieux, et d'autres cultures, ont également été associés rites religieux ou animistes et accueil familial, ainsi au Japon, le village d'Iwakura situé au nord de Kyoto. La légende fait remonter la naissance d'un placement familial à la guérison de la fille de l'empereur en 1072. Adressée par son père à un temple bouddhiste renommé, elle but l'eau sacrée et pria la déesse "Juichimen-Kannon" considérée comme la protectrice des malades mentaux. Son trouble mental disparut, le temple devint célèbre, les malades mentaux affluèrent, furent logés chez l'habitant et y résidèrent.

Vers 1925, le village, qui compte alors 3000 habitants, accueille plus de 300 patients répartis à raison de un ou deux dans des familles, et dans une dizaine d'auberges qui reçoivent chacune entre 10 à 24 pensionnaires. Cette communauté survit jusqu'à la deuxième guerre mondiale malgré des péripéties rencontrées comme à Geel. Parfois décriée tant le sort des malades était jugé inhumain, elle est finalement concurrencée par la création d'asiles que préconisent les médecins qui, au 19ème siècle, s'ouvrent à la médecine européenne.

Le mythe et l'accueil familial à Geel

La légende retient qu'au 7ème siècle, dans ce bourg de Flandre, une princesse irlandaise, Dymphna, et son confesseur Gereberne subirent un mauvais sort. Ils furent tous deux décapités sur ordre du roi, père de la jeune fille. Furieux de voir sa chair lui échapper, cet incestueux roitelet irlandais, après avoir rattrapé les fuyards, assouvit sa colère en tranchant dans le vif. Funeste sort qui ne put qu'impressionner la population et qui ne pouvait être que l'œuvre d'un fou.

Les reliques des deux suppliciés furent vénérées et le lieu devint dès lors un but de pèlerinage. Les possédés, conduits par leurs parentés, venaient y accomplir des neuvaines afin de retrouver la paix de l'âme. Les candidats au miracle ne trouvant pas répit à leur dérangement restaient au pays, plus ou moins hébergés et nourris par la population.

Ainsi, dès l'origine, l'accueil familial se conçoit comme un mode d'hébergement associé à une espérance de changement avec une répartition des compétences : "la guérison appartient à Dieu et à Ste Dymphne, le réconfort et le soutien à la population".

Or, les miracles n'auront semble-t-il pas lieu là où ils étaient attendus. En effet, ce sont pour l'essentiel les accueillants qui permirent, par leur attention pour ces déments exclus et rejetés, qu'ils trouvent là un peu de paix, de repos et de reconnaissance.

Les enseignements du mythe de Geel

Là n'est pas le seul enseignement de cette histoire enjolivée par le temps. Si l'accueil familial de malades mentaux se rattache autant à cette origine, n'est-ce pas parce qu'elle dévoile quelques-uns des traits fondamentaux de l'humain ? En filigrane du mythe s'inscrit la transgression de la prohibition de l'inceste et son rapport avec la folie.

N'a pas perdu la tête celui qu'on croit. Dymphne résiste à l'emprise démoniaque de son père qui défie l'ordre générationnel structuré par la prohibition de l'inceste. Elle ne succombe pas au chaos qui s'est emparé de son monde familial, ici incarné par un père-turbateur...

La famille rend fou, ce n'est pas une nouveauté. Folie d'autant plus dangereuse lorsqu'elle se manifeste dès les origines et s'exprime à l'intérieur d'un huis clos non régulé par des normes culturelles ou sociales.

Mais, si la famille rend fou, elle peut également soigner, c'est l'un des enseignements de Geel. Un autre contexte, fait d'enjeux différents, organisé par d'autres normes familiales, contribue à soigner des défaillances d'une parenté. C'est ce que Geel et ses familles devinrent : des espaces d'accueil psychiques où d'autres modes de régulation des conflits, d'autres scènes familiales, d'autres jeux de rôles allaient pouvoir s'exprimer.

Les ressources offertes par les familles d'accueil réinterprètent les dysfonctionnements du sujet, réintroduisent de l'altérité et autorisent une cicatrisation, voire une réparation de ses souffrances en s'appuyant sur une autre structuration familiale des échanges.

Malheureusement, l'histoire et la médecine, n'ont retenu qu'une lecture matérialiste de ces événements : c'est pour héberger les fous que les familles furent associées au traitement religieux de la possession.

Ainsi, alors que le mythe devrait attirer l'attention sur certains ressorts de l'accueil familial, la réalité qui s'y est substituée a occulté sa force symbolique pour réduire l'accueil familial à un mode hébergement économique de malades mentaux, sorte d'hôtellerie familiale utilisée par la psychiatrie pour des malades condamnés par la science.

En fait, le mythe autant que la réalité qui lui a succédé auraient du faire réfléchir à la complexité des processus en jeu dès lors qu'une famille est en scène, et alerter sur les forces familiales et sur leurs représentations, qu'elles soient démoniaques ou curatrices.

Pour garder son sens à Geel, il eut fallu se référer à la trame symbolique qui s'y révèle. Le pragmatisme a écarté, faute de pouvoir les appréhender, ces questions fondamentales organisatrices de l'humain et de son rapport à l'autre, pour ne valoriser que la dimension hôtelière de l'accueil familial. Dérive à laquelle Geel et ses habitants ont participé plus ou moins volontairement en faisant partager leur vie familiale à des déments qui attendaient, sereins, un traitement divin ou médical de leurs troubles.

La réalité de Geel

Depuis les drôles de pèlerins du moyen-âge jusqu'aux malades mentaux actuels, la communauté de Geel n'a jamais cessé d'accueillir pour compter, en 1998, environ 600 patients² en famille d'accueil. Passant des mains du clergé à celles de la médecine, elle a été reconnue et réglementée par les pouvoirs publics dès le 15^{ème} siècle.

² - jusqu'à 2000 patients ont été accueillis à Geel. Cette population ne cesse de diminuer. Alors que 800 lits de soins en "family care bed" sont prévus, seulement 600 sont occupés. Ce décompte en lits renvoie à des pratiques hospitalières classiques

Cependant, le traitement des aliénés n'a pas toujours conjugué accueil et bienveillance familiale. Tant les autorités que les visiteurs qui vont affluer à Geel après la révolution française déplorent les mauvais traitements infligés aux malades, au point qu'en 1811 sa suppression fut envisagée par le ministre français de la justice³, projet qui ne fut donc pas suivi d'effets.

Il est impossible de décrire les péripéties qu'ont pu connaître Geel et ses familles pendant toutes ces années. Retenons que les siècles ont façonné la population à vivre naturellement, familièrement, avec des fous qui, dans d'autres lieux, auraient été exclus, mis à distance ou enfermés.

En fait, la tolérance forcée des populations locales s'est conjuguée avec une adaptation obligée des malades mentaux. Aujourd'hui, elle se lit à travers une certaine qualité de partage de la vie familiale qu'offrent le plus souvent les familles de Geel. Les malades, logés à la même enseigne que les autres membres de la famille, partagent les repas, les loisirs et, parfois, les activités économiques de leur famille d'accueil.

Cette adaptation réciproque constitue l'originalité de Geel. Elle est porteuse d'effets thérapeutiques incontestables dans la mesure où les symptômes s'avèrent moins aigus, moins présents et moins handicapants pour le quotidien des malades. Cependant, comme dans toute communauté, elle porte en elle ses propres limites : des frontières invisibles tracent une ligne entre deux catégories de population qui ne se mélangent que dans les activités ou les espaces familiaux.

Ainsi, malgré une mutuelle adaptation des uns et des autres, malgré une relative insertion des malades mentaux, et malgré l'amélioration de l'expression de leur symptomatologie, si ce n'est de leur maladie, Geel représente en fait le principe même de l'exclusion. Que ce soit en tant que pèlerins du moyen-âge ou en tant que malades mentaux contemporains, les populations envoyées à Geel, terre de miracle et d'accueil, le sont dans un mouvement d'éviction de leur communauté d'origine.

Cette forme non-violente de relégation appuyée sur une hôtellerie familiale originelle a été utilisée en tant que telle par la psychiatrie. Pour de nombreux patients, Geel est devenu une fin de parcours, certes confortable mais

³ - à cette époque, le territoire appartient à la France

tragiquement vide d'attentes soignantes.

Au fil du temps et des moyens, Geel s'est stigmatisé comme une alternative économique à l'enfermement psychiatrique sans espoir d'en sortir. C'est à dire que chronicité familiale et chronicité psychiatrique ont fait bon ménage, en occultant les principes vitaux d'une vie familiale que sont naissance, croissance, émancipation et disparition. Pour chacun, le temps fut figé.

Ainsi, à Geel, il est normal de trouver des patients qui sont installés dans leur famille d'accueil depuis plusieurs dizaines d'années. Cependant, en Belgique comme en France, la prise en charge des malades mentaux ayant notablement évolué, Geel n'est plus le seul recours pour des patients chronicisés dans leur affection. Actuellement, les pensionnaires de Geel sont âgés, la population accueillie ne se renouvelle pas et tend à diminuer depuis plusieurs années.

Ces épisodes tragiques et ces dérives institutionnelles n'empêchent pas que Geel reste, pour la communauté scientifique, un mystère toujours visité et interrogé par des médecins de la planète. Mystère qui semble garder son secret tant il a résisté aux investigations de tous ordres. La plus importante, menée à la fin des années soixante pendant quatre ans⁴, n'a toujours pas apporté de réponses satisfaisantes à la compréhension des processus thérapeutiques pourtant mis en évidence.

De plus, malgré ces insuffisances et cette méconnaissance, Geel a été reproduit à la fin du siècle dernier par les autorités belges dans les Ardennes.

Pour des motifs économiques saupoudrés des vertus champêtres attendues du bon air de la campagne, les habitants du petit village de Lierneux ont été sollicités pour héberger des malades placés par les hôpitaux francophones de Bruxelles.

Cette "petite" colonie, d'un peu plus d'une centaine de patients est devenue en cette fin de siècle un centre de recherche sur les processus de l'accueil familial dont les résultats sont utilisés par de nombreux praticiens.

⁴ - de 1967 à 1971, un travail de recherche inter-universitaire et multi-disciplinaire fut mené dans le cadre du Geel Family Care Research Project

De son côté, Geel développe actuellement un centre d'étude et d'information de l'accueil familial psychiatrique, et prépare un congrès qui se déroulera en mai 2000.

2.3. Les colonies familiales en France

Geel et ses familles d'accueil ont depuis longtemps préoccupé et inspiré la médecine de l'âme. Dès 1789, alors qu'une autre vision du monde révolutionnait les consciences, des médecins français vinrent étudier les bonheurs et les malheurs de Geel et de sa drôle de population.

Il s'agissait autant d'en percer le mystère que d'en comprendre les ressorts, avec le projet sous-jacent et constant de reproduire en d'autres lieux ces accueils familiaux paraissant plus confortables et moins coûteux que le seul asile proposé jusque-là aux malheureux faibles d'esprit.

Mais, un mythe peut-il s'exporter ? A l'évidence non, tant il "ne peut dépendre de l'ordre existant puisque c'est lui même qui le fonde⁵". Et ce d'autant plus qu'un mythe a aussi pour fonction de magnifier symboliquement la réalité et pour résultante d'en occulter les méandres.

Ignorant ces principes, l'exportation du principe de Geel ne retiendra que l'hébergement offert par une famille, sans appréhension et analyse des enjeux familiaux et de leurs limites, et surtout sans tenir compte de l'essentiel, à savoir la mobilisation ancienne d'une population pour venir en aide à des malheureux abandonnés, et tout ce que les siècles ont forgé de friction avec l'autre mais aussi d'attention et de normalisation.

C'est pourtant sur cette impossible et improbable reproductibilité de Geel que furent créées deux colonies familiales en France : à Dun-sur-Auron en 1892, et à Ainay-le-Château en 1898.

Les péripéties vécues par ces établissements utilisant des familles qui n'ont pas été sollicitées pour accueillir au sens dynamique du terme, mais davantage dans un souci de gardiennage et de surveillance, sont riches d'enseignements qui permettent de repérer les errements et les limites de l'accueil familial.

⁵ - citation empruntée à Daniel Schurmans, *Le diable et le bon sens*, L'Harmattan

Les avatars d'une psychiatrie asilaire

A la fin du siècle dernier, les rigueurs budgétaires obligent à inventer des lieux d'hospitalisation moins coûteux que l'asile traditionnel. Dans le même temps, les psychiatres humanistes redécouvrent les vertus familiales et écologiques tant discutées à la Société Médico-Psychologique quelques années auparavant.

Les malades seront envoyés à la campagne pour y être placés dans des familles et profiter de l'air pur et de la chaleur d'un foyer. Ce déplacement ne s'appuiera pas sur l'accueil, l'aide et l'intégration que peut proposer une famille. Au contraire, son institutionnalisation aliénante renforcera les mécanismes d'exclusion et de mise à distance du fou, pratiques et conceptions devenues inacceptables pour la psychiatrie actuelle.

Dun-sur-Auron est un gros bourg du département du Cher, dans la campagne berrichonne, à 250 kilomètres au sud de Paris, facilement accessible depuis les asiles parisiens

Le choix s'est porté sur ce département du centre de la France faute d'autres départements candidats, et plus précisément sur ce chef-lieu de canton parce que son activité économique basée sur l'agriculture et l'industrie vient de subir quelques revers. Assimilable à une politique d'aménagement du territoire, cette décision va contribuer à faire vivre une région grâce à "l'industrie de la folie".

Pourtant, l'idée de recevoir des fous ne suscite guère l'enthousiasme, et le docteur Marie, fondateur de la colonie, eut à expliquer les troubles des "petits mentaux" autant qu'à susciter des vocations en évoquant le caractère rémunérateur de l'accueil pour intéresser une population en quête de moyens de subsistance.

Les premières patientes âgées, "calmes et affaiblies intellectuellement" sont suffisamment acceptées par la population locale pour que soit envisagées l'arrivée de nouveaux malades et une extension rapide et importante de ces placements. L'extension concernera aussi des hommes qui seront placés dans des familles d'une localité voisine, Ainay-le-Château.

Les deux colonies subiront approximativement les mêmes péripéties, à savoir une mise à distance de la folie par ces placements-déplacements de malades.

Les accueillants, appelés nourriciers, sont sollicités pour assurer une fonction hôtelière qui s'organise sous la forme d'un hébergement différencié. Les fous sont logés à côté du lieu de vie de la famille, autant pour des raisons matérielles que par la mise en acte de processus défensifs : la folie, territoire de l'étrange et de l'irrationnel, fait peur.

Non seulement l'hôpital tolérera cette ségrégation, mais il la renforcera parfois. Au fil des ans seront édictées des normes de logement qui éloignent les patients de la famille d'accueil. Il devra être mis à la disposition des malades, qui partagent à quatre une chambre, un logement indépendant de celui de l'hôte, composé d'un coin toilette et d'une pièce de vie où ils prennent leur repas. La famille fournit quotidiennement l'alimentation et assure le ménage de ce pseudo lieu de vie.

Pour occuper une population délaissée, l'hôpital ouvre des annexes dans lesquelles les patients se réfugient pendant la journée. Si ces annexes permettent d'avoir un œil sur leur état physique et psychique en leur offrant un lieu de répit où sont organisées quelques activités, elles accentuent l'emprise asilaire et accélèrent la mise à distance d'une réelle pratique d'accueil familial dans laquelle, en principe, les familles devraient être sollicitées pour "être avec" les personnes accueillies.

En installant les fous à côté des nourriciers, l'asile n'a plus les murs de l'hôpital. Il invente ceux de l'éloignement physique et psychique de populations chroniques pour lesquelles il n'y a plus d'espoir.

L'institutionnalisation hospitalo-centrée de ces placements renforce les mécanismes d'exclusion, de mise à distance de la folie, et devient cause de nombreux dérapages au niveau des conditions de confort et d'alimentation des patients, de l'espace qui leur est réservé, voire de l'état d'abandon ou de l'exploitation dont ils sont victimes.

De dérives en dérives : l'hospitalo-centrisme

Peu à peu, une industrie de la folie s'organise. Jusqu'à 3000 patients⁶ ont bénéficié en même temps de ce paradoxal enfermement hors les murs.

Toute la population locale participe à la "production" : certains accueillent, les autres, recrutés par l'hôpital, gèrent la distribution des malades. Sur un territoire aussi limité, tout le monde se connaît, s'entraide et contribue à l'exclusion de la population des étrangers étrangers. On y reconnaît les gens du pays, "les civils", et point les autres.

Par ailleurs, les faibles rémunérations attribuées aux nourriciers sont compensées par le nombre de malades accueillis : au moins quatre pour pouvoir en tirer quelque profit.

La psychiatrie, sans projets, sans attentes et sans moyens, ne peut lutter contre l'envahissement de l'immobilité psychotique : rien ne bouge. Le seul mouvement perceptible reste le renouvellement naturel de la population des malades. L'approvisionnement régulier des colonies est assuré pour l'essentiel par les pourvoyeurs que sont les hôpitaux parisiens.

La mise en place de la sectorisation, les actions de déchronicisation, l'ouverture de structures diversifiées, qui sont le reflet de l'évolution psychiatrique, prennent difficilement racine sur ces terres figées par atavisme et façonnées par un hospitalo-centrisme désuet.

L'écart devient tel entre les colonies familiales et la psychiatrie moderne que cette dernière ne les reconnaît plus. Mais les diverses critiques et mises en garde ne créent pas une mobilisation suffisante pour provoquer un changement pourtant parfois espéré. La réalité dicte sa loi : la nécessité permanente de faire des économies, et donc de trouver des modes d'hébergement pour des patients sans avenir, contribue à vider les trop pleins parisiens.

⁶ - à Dun-sur-Auron, le nombre maximum de patients a été atteint en 1939 : 1430 patients dans 613 familles d'accueil. La colonie familiale d'Ainay-le-Chateau a évolué de manière similaire

De manque de moyens en absence de projets, les colonies s'instituent en survivance sclérosée de pratiques aliénantes. A la fin des années 80, 1800 patients sont encore hébergés et nourris par 700 familles, l'ensemble sous la surveillance du corps médical.

Les patients, placés par groupes de quatre, habitent un logement distinct, vont aux annexes et les nourriciers perçoivent une indemnité pour leur "prestation" hôtelière ! Les personnels soignants, en trop petit nombre, ne peuvent qu'assurer la gestion de ces "lits" de placement familial. On les "ouvre", les "ferme", on "rentre" (à l'hôpital) les patients nécessitant des soins, on place et déplace au gré des besoins et des disponibilités des nourriciers.

Ces dérives sont accentuées par des maladresses administratives. L'hôpital assoit son autorité en privilégiant les actions de contrôle des nourriciers et en conservant une tutelle pesante sur les patients. L'hospitalo-centrisme règne en maître sans guère d'efficacité, ni au niveau du confort de vie des patients, ni en répondant aux besoins des familles d'accueil qui nécessitent soutien et reconnaissance.

Une note sévère du ministère de la santé, adressée au préfet de Paris en 1972, dénonce cette étrange psychiatrie : "il s'agit en fait de gardiennage, placé sous une surveillance médicale lointaine, ne correspondant en aucune façon aux méthodes modernes de traitement et de réadaptation des malades mentaux, allant tout à fait à l'encontre de la politique de sectorisation".

A l'évidence, de telles pratiques n'ont guère de vocation thérapeutique, et ne peuvent en aucun cas être assimilées à un travail d'accueil familial. Le dernier texte de réglementation utilisé à l'époque, un arrêté de 1963, ne s'y trompait pas en proposant pour ces deux colonies un modèle de règlement intérieur de placement familial surveillé. Base administrative inadaptée à une réelle pratique d'accueil familial qui inspirera cependant d'autres établissements psychiatriques pour reproduire, à moindre échelle, certains de ces errements.

Toutes ces dérives anciennes se voient rattrapées depuis quelques années par la mise en conformité de ces accueils particuliers rendue obligatoire par la loi de 1989. De plus, la psychiatrie contemporaine ne se contente plus de prise en charge sans espoir et sans fin, et ne déplace plus les malades, préférant les traiter au plus près de leur lieu de vie. Les hôpitaux parisiens, quand cela s'est avéré nécessaire, ont recruté des familles d'accueil en Ile de France pour mettre en place leur propre mode de traitement familial.

L'application du cadre légal et l'évolution des pratiques soignantes ne peuvent qu'amener une réduction de ces asiles à la campagne. De fait, le nombre de patients présents dans les colonies familiales diminue progressivement depuis le début des années 90 pour atteindre aujourd'hui environ un millier d'adultes placés.

Ainsi, à ce jour, ces surveillances familiales sont condamnées pour devenir au mieux des services d'accueil familial thérapeutique répondant aux besoins locaux, adaptation qui suppose une diminution importante des capacités d'accueil en famille et surtout une prise de conscience des moyens à mettre en œuvre pour provoquer le changement attendu par certains acteurs locaux.

2.4. Variations institutionnelles sur le thème de l'accueil familial

De leur côté, dans la seconde partie de ce siècle, des établissements pour personnes âgées ou pour personnes handicapées, des services de tutelle, et principalement des hôpitaux psychiatriques développent, avec plus ou moins de bonheur, des solutions de prise en charge avec des familles d'accueil qui apparaissent parfois comme des prestations d'accueil familial élaborées.

Souvent imprégnées d'idéologie humaniste, ces pratiques sont impulsées dans un souci de socialiser et "d'exercer protection et entraide médico-psycho-sociale en faveur des handicapés et maladaptés psychiques". C'est, par exemple, le cas pour la société d'hygiène mentale du Centre, affiliée à la fédération des sociétés croix marine, qui développe un accueil familial social.

L'idée de trouver dans le social, ici représenté par la famille et l'insertion qu'elle permet, des aides pour des infirmes ne se défait pas toujours de réflexes hospitalo-centriques. En effet, l'hôpital reste généralement l'organisateur de ces accueils, qu'ils soient qualifiés de "péri-hospitaliers" ou de "placements familiaux disséminés", autant de termes qui fleurissent pour marquer l'emprise de la structure hospitalière.

Faute de pouvoir appréhender la pertinence intrinsèque et la spécificité de l'accueil familial, ces actions se modélisent et fondent leur légitimité en référence à d'autres pratiques. Ainsi, le "placement familial individuel réalise les conditions du foyer protégé que l'on peut définir comme l'équivalent sur le plan social de l'atelier protégé sur le plan professionnel. C'est le cadre d'existence à l'usage du handicapé psychique adapté à ses carences et à ses besoins⁷".

De telles réalisations trouveront bientôt une légitimation adaptée avec le décret du 13/4/62, la circulaire du 15/05/62 et l'arrêté du 05/07/63, qui légalisent et réglementent le placement familial par le biais de la création d'organismes intermédiaires du placement des handicapés psychiques, placés sous l'autorité des préfets.

Parfois ancienne, souvent dépendante de traditions locales et de la survivance de solidarités comme en Bretagne, l'extension de placements familiaux s'est réalisée dans la deuxième partie du siècle, parallèlement à l'évolution de la psychiatrie qui vise l'insertion et la réadaptation psychosociale des handicapés mentaux et tente de réduire les coûts.

Toutes ces raisons expliquent l'utilisation très diverse des familles d'accueil convoquées autant pour garder, héberger, soigner, réinsérer, ou occuper des patients travailleurs, avec l'idéologie partagée qu'il ne pouvait être attendu de grands changements de ces placements.

Ainsi se dessine un paysage de l'accueil familial varié, voire contrasté, lisible à travers les organisations retenues, et surtout à travers les modes de rétribution des familles d'accueil.

⁷ - Julie Buche, le placement familial des handicapés psychiques, revue des Croix-Marine, 1984, volume 2

Une étude portant sur le placement familial en France, réalisée en 1988, fait nettement apparaître d'un côté des services structurés travaillant avec des familles d'accueil accompagnées et aidées par des équipes, et de l'autre des situations où les familles sont seules, sans soutien ni cadre de référence.

Si ces solutions s'adressent principalement à des personnes handicapées, des personnes âgées sont également concernées. Pour ces dernières, les institutions initiatrices, le cas échéant, sont peu présentes, et en général les familles sont directement rétribuées par les accueillis.

Face à l'extraordinaire diversité des solutions, seule une étude des modalités de rémunération des familles d'accueil a pu permettre, à cette époque, de dresser un tableau, si ce n'est cohérent, du moins compréhensible, de l'accueil familial.

Rémunérées par un service après avoir signé un contrat de travail, les familles participent à un mode de prise en charge institutionnel avec d'autres personnels du service. Rémunérées par les personnes accueillies, elles ne répondent pas des mêmes attentes : ne participant pas à un projet, elles ne peuvent être interpellées sur leurs actes comme les précédentes.

Les unes exercent une activité privée pouvant faire appel à des aides plus ou moins ponctuelles, les autres sont soumises à un lien de subordination et partagent des obligations soignantes ou sociales.

Cette partition se retrouve aujourd'hui dans le clivage entre accueil familial social et accueil familial thérapeutique.

Une variation aboutie : le Placement Familial Psychothérapeutique de Soisy-sur-Seine

Les variations autour du thème de l'accueil familial, de la reconnaissance du travail des familles d'accueil, et du soutien nécessaire, trouvent un aboutissement dans un dispositif mis en place à Soisy-sur-Seine. Avec d'autres intentions et dans un autre contexte, celui du travail au plus près des besoins des populations, s'organise à la fin des années 60 un service qui inspire largement les pratiques et les réglementations actuelles.

A Soisy-sur-Seine, à 30 kilomètres au sud de Paris, se situent les unités d'hospitalisation à temps complet de l'hôpital l'Eau Vive du secteur de santé mentale du 13ème arrondissement de Paris.

Dans le cadre de la psychiatrie communautaire impulsée par Philippe Paumelle et de la redéfinition de la politique de santé lors de la création du secteur, le docteur Champion crée, en 1967, un service de placement familial psychothérapeutique pour adultes.

La dimension de traitement psychothérapeutique, et les caractéristiques constitutives d'un service et d'une équipe comprenant des familles d'accueil, sont d'emblée affirmées. L'ensemble s'inspire largement du service pour enfants créé l'année précédente dans le même secteur géographique, et dirigé par Myriam David.

Trois conditions ont présidé à la constitution de ce service. La première porte sur la nécessité de donner aux familles d'accueil le meilleur statut possible. Elles bénéficieront donc du statut de référence qui est celui des assistantes maternelles, ce qui consacre une continuité entre l'accueil familial d'enfants organisé par le même établissement et l'accueil familial d'adultes, facilitant ainsi le passage entre le premier et le second. Les familles d'accueil conserveront ce statut et les avantages qui en découlent, jusqu'en 1996.

La condition suivante porte sur l'obligation de prévoir une équipe de professionnels spécialisés, limitée en nombre, qui aura pour fonction de conduire toutes les actions nécessaires au traitement thérapeutique.

Enfin, l'organisation de l'accueil familial supposant des moyens adaptés et spécifiques, une autonomie géographique et gestionnaire sera donnée à ce service pour mener une pratique de soins qui s'émancipe ainsi de l'administration hospitalière centrale.

Le service de placement familial psychothérapeutique de Soisy-sur-Seine travaille avec une vingtaine de familles depuis son origine.

Sur ce modèle ont été créés, en 1980, les placements familiaux psychothérapeutiques de Loire-Atlantique gérés par l'association Contadour.

2.5. Avant 1989 : un paysage flou

Jusqu'en 1989, les familles d'accueil, le plus souvent sollicitées au titre de l'hébergement, se trouvent en fait répondre à de multiples besoins.

La plupart des accueillis sont des handicapés mentaux placés ou orientés en famille d'accueil par des institutions ou des organismes très divers. Le point commun de l'extrême disparité des organisations est constitué par la présence d'un tiers placeur plus ou moins identifiable et responsable. Cette structuration de l'accueil familial est variable selon l'implication de l'organisme dans la rémunération des familles d'accueil (et donc leur assujettissement à une autorité) et selon l'élaboration d'un projet d'accueil et des moyens nécessaires à sa réalisation.

Moins important par le nombre mais certainement plus problématique, l'accueil familial de personnes âgées s'est développé dans le cadre de contrat de gré à gré passé entre elles et les accueillants, hors de tout contrôle en l'absence de cadre réglementaire.

L'existence de ces placements familiaux est peu ou prou reconnue dans les textes relatifs à l'aide sociale ou mentionnée au titre des dispositifs de santé

Pour tenter d'y voir clair dans le paysage flou de l'accueil familial, on peut distinguer :

- des placements familiaux "libres" relevant d'un accord privé entre une famille et un accueilli le plus souvent âgé, représenté ou non par sa famille ou son tuteur. Dans la mesure où aucune aide sociale n'est sollicitée, ces arrangements sont difficilement identifiables. Les familles, selon les conceptions qu'elles ont de l'accueil, offrent des prestations très diverses, du partage de leur vie familiale à la simple mise à disposition d'une chambre, reproduisant alors une maison de retraite qualifiée parfois de familiale.

- des placements familiaux sous couvert de l'aide sociale qui contribue à la rémunération des prestations offertes par les familles d'accueil aux personnes handicapés ou âgées. Selon les traditions, les besoins d'hébergement différenciés, ces placements sont ou non développés et contrôlés par les services du département.

- deux colonies familiales pour malades mentaux issus de l'hôpital psychiatrique.
- des placements familiaux plus ou moins institutionnalisés dans le cadre d'établissements d'hébergement ou de soin pour handicapés ou malades mentaux. Le tiers placeur et organisateur du dispositif rémunère parfois les familles, ou invente des arrangements afin que celles-ci soient rémunérées par les revenus ou le travail de la personne accueillie.
- des placements familiaux de toxicomanes organisés par des centres de soins spécialisés pour toxicomanes (C.S.S.T.). Marginaux, ils se mettent en place hors des réseaux traditionnels de solidarité à l'égard des populations en difficulté. Peu nombreux, ils élaborent cependant une réflexion innovante sur l'essence de l'accueil familial et ses effets, ce dans des cadres d'intervention (avec règlement intérieur) qui permettent de définir les responsabilités et les objectifs.

Dans ce contexte, alors que le placement familial s'adresse majoritairement à des personnes handicapées, ce sont les accueils "sauvages" de personnes âgées qui vont conduire à une législation des activités d'accueil à domicile. En effet, ceux-ci sont de plus en plus dénoncés en raison des abus constatés sur le plan des conditions matérielles d'accueil.

Cette situation va conduire les pouvoirs publics à penser un texte général édictant les normes minimales requises pour l'exercice de l'activité d'accueillant de personnes âgées. Dès lors, c'est l'ensemble du champ de l'accueil familial des adultes qui va être touché par une réglementation s'appliquant autant aux pratiques individuelles et privées qu'aux dispositifs plus ou moins organisés des institutions.

CHAPITRE II

REGLEMENTATION ET ACTUALITÉ

1. LA NECESSITE DE REGLEMENTER : LA LOI DU 10 JUILLET 1989

Les hébergements de personnes âgées proposés par des particuliers se développent. Réalisés le plus souvent au domicile de personnes animées de motivations complexes où les bons sentiments font parfois place à des considérations moins altruistes, ces accueils, qualifiés de "sauvages", oscillent entre engagement humaniste et pratique commerciale.

Les services sociaux, de plus en plus interpellés, se trouvent devoir intervenir pour réguler ce marché naissant aux multiples facettes dont certaines paraissent scandaleuses, mais aussi pour apporter des solutions adaptées aux besoins des personnes âgées.

Aucune loi n'existe alors pour contrôler et réglementer ces glissements où la notion d'accueil familial, largement galvaudée, s'applique à des réalités variées qu'il est urgent de canaliser.

Le 10 juillet 1989 est donc votée la loi relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux de personnes, de personnes âgées ou de personnes handicapées.

Peu adaptée, très critiquée, difficile à appliquer, elle souffre de son manque d'ambition : n'ayant pas pour objectif d'inventer une nouvelle pratique sociale, elle se contente de limiter et de contrôler l'initiative privée. Elle va s'attacher à définir les conditions minimales devant être offertes par tout particulier qui souhaite accueillir à son domicile des populations adultes dépendantes.

Cependant, dans la mesure où elle vise tout le champ de l'accueil à domicile des adultes⁸, les dispositions qu'elle prévoit vont s'appliquer autant aux personnes, accueillants et accueillis, qu'aux organismes et établissements qui pratiquent le placement d'adultes dans des familles d'accueil.

Ainsi, le paysage flou de l'accueil familial va être en partie clarifié en référence aux normes édictées et aux deux modèles prévus par la loi : l'accueil familial social d'une part, et l'accueil familial thérapeutique d'autre part.

1.1. Histoire de la loi

En 1989, la loi répond donc aux préoccupations des pouvoirs publics à l'égard des personnes âgées. Elle est élaborée davantage dans le but de clarifier des pratiques d'accueil apparaissant comme intolérables qu'avec l'objectif d'intégrer l'accueil familial au sein des réponses appropriées et complémentaires à mettre en œuvre pour prendre en charge des personnes âgées de plus en plus nombreuses, et dépendantes.

La préoccupation centrée sur les personnes âgées s'est avérée constante pendant toute la gestation du texte. Elle était notamment soutenue par l'UNIOPSS et par la Fondation de France, organismes mobilisés par l'aide à apporter aux personnes âgées, qui agissent alors pour qu'une réglementation puisse mettre de l'ordre dans ces modes d'hébergement.

Cette préoccupation est, à l'époque, reprise, et parfois amplifiée, par quelques reportages dans les médias qui accompagnent, dès le début de l'année 1989, l'élaboration du texte. Ceux-ci dénoncent les conditions déplorables, d'un point de vue sanitaire notamment, dans lesquelles se trouvent certaines personnes âgées hébergées par quelques particuliers, dont le domicile perd son caractère familial pour devenir une mini-maison de retraite n'en respectant ni les critères, ni les obligations.

⁸ - à l'exception des toxicomanes dont la prise en charge en accueil familial relève d'une autre réglementation

Dans ce contexte, un rapport accablant de l'IGAS⁹, paru en février 1989, confirme les dérives de pratiques non encadrées et l'urgence à légiférer. Aux mesures proposées sont jointes des recommandations sur les indications de l'accueil familial en excluant l'orientation de personnes trop dépendantes, sur la nécessité de ne pas garder les personnes qui le deviennent, et sur l'obligation de confier les soins infirmiers à des personnels qualifiés.

Dans ce sens, les auteurs du rapport conseillent "d'éviter que les familles d'accueil ou les établissements ne deviennent des usines à actes médicaux ou paramédicaux".

Malheureusement, la plupart de ces recommandations pertinentes n'apparaîtront pas dans le texte final qui a été élaboré sans aucune concertation avec les professionnels du secteur des handicapés, et pas davantage avec ceux qui ont développé et pratiquent l'accueil familial des adultes, parfois des personnes âgées, à partir d'établissements médico-sociaux ou hospitaliers.

Le texte semble répondre à deux objectifs complémentaires : contrôler et réguler l'hébergement en famille offert spontanément par des particuliers, et donner un cadre légal à cette activité qui peut être une solution d'hébergement alternative à des hébergements collectifs.

Le modèle qui lui a servi de guide est celui des dispositifs d'aide à domicile où les personnes âgées rémunèrent des prestations soignantes et ménagères dispensées à leur domicile.

De plus, en ne voulant réguler que le marché de l'offre, la loi ne prévoit pas d'organismes des placements qui, pourtant, existent déjà dans les pratiques structurées d'accueil familial réalisées par quelques départements au titre de l'aide sociale et qui sont la condition indispensable pour s'assurer de la qualité des accueils.

⁹- "Les conditions d'accueil et d'hébergement des personnes âgées en France", R. Bono et P. Serniclay

En effet, ces dispositifs qui prenaient en charge, en position de tiers organisateur et placeur entre personnes accueillies et accueillants, l'ensemble des actes d'un accueil familial, à savoir indication, mise en place et accompagnement de l'accueil, allaient bien au-delà des dispositions finalement retenues par la loi.

En fait, celles-ci répondent à des considérations économiques d'inspiration nettement libérale. Il est donc laissé à des accueillants agréés la liberté d'organiser leur accueil, et les coûts que doivent supporter les départements sont minimisés tant pour rémunérer les accueillants que pour dégager du personnel chargé de la mise en œuvre de la loi.

1.2. L'accueil familial selon la loi du 10 juillet 1989

Sans faire une analyse détaillée des articles de la loi¹⁰, il paraît utile à ce stade d'en dégager les principales options. Comme dans le cadre de l'accueil familial des mineurs, ce texte porte principalement sur l'habilitation des accueillants et sur la surveillance des accueils réalisés.

La régulation d'une activité libérale

La loi définit à minima et encadre l'activité privée des particuliers qui souhaitent exercer l'accueil à leur domicile. Ils doivent être agréés, et dès lors, ils ont l'initiative de négocier leur offre d'accueil avec tout accueilli potentiel sur la base d'un contrat-type établi par le département.

De leur côté, les personnes qui ont besoin d'un accueil sont sensées faire des démarches similaires, les amenant à choisir leur famille d'accueil et à discuter des éléments du contrat qu'elles doivent passer avec la personne agréée qui accepte de les accueillir. Démarches utopiques car faisant fi des réalités et des capacités des personnes qui ne peuvent seules entreprendre ces démarches.

¹⁰ - l'analyse des textes a été largement faite à l'époque dans les revues spécialisées

Le contrat passé entre accueillant et accueilli devient ainsi le seul pilier reconnu sur lequel repose l'accueil. Ce pilier se révèle inadapté tant les contractants ont besoin d'aide pour se rencontrer et pour négocier les modalités de leur accueil. Sa principale fonction consiste à donner un vague cadre à l'accueil, et à énumérer les prestations offertes, ainsi que les rémunérations versées par la personne accueillie en attribuant un statut fiscal et social à ces échanges.

Une tentative de définition d'une activité à caractère familial

Le caractère familial de l'activité définie par la loi peut s'interpréter à partir des limites que la loi instaure à l'exercice de cet accueil à domicile.

- le fait que l'activité s'exerce au domicile de la personne agréée suppose une intimité de vie et un nécessaire partage de moments et d'espaces familiaux.
- la limitation à deux, ou trois par dérogation, du nombre de personnes pouvant être accueillies renforce le caractère familial de ce mode d'hébergement.
- un travail "d'accueil" est reconnu comme service rendu à la personne accueillie. Il apparaît dans les rémunérations prévues, ce qui suppose une activité autre que la seule location d'un espace d'hébergement. Malheureusement, cette activité n'est pas suffisamment définie, et les contraintes qui lui sont imposées, telles celle de devoir "assurer la continuité de l'accueil", ne sont pas compensées par les soi-disant avantages que devrait trouver tout particulier à entrer dans le cadre de la loi.
- enfin, les personnes accueillies ne peuvent être des parents jusqu'au 4^o degré, ce qui exclut les accueils intra-familiaux.

Vers une nouvelle pratique sociale ?

La loi prévoit trois types d'interventions : le contrôle et le suivi de l'accueil, ainsi que formation des personnes agréées. Ces pratiques traditionnelles, ou nouvelles en ce qui concerne la formation, ne permettent cependant pas d'évoquer un véritable dispositif social. Lorsque la loi est respectée au pied de la lettre, elle n'autorise que l'encadrement à minima sous couvert de contrôle, sans réel moyen d'intervention, des accueils proposés par les personnes agréées.

Pour répondre à la réalité des besoins, certaines dispositions prises dans quelques départements vont bien au-delà du texte. Dans ces conditions, l'ensemble des phases présidant au placement et à l'accompagnement d'un bénéficiaire peuvent être prises en charge par des services éventuellement spécialisés ou des institutions habilitées. Dans ces circonstances est mis en œuvre un véritable outil social dont on s'assure de la qualité, et que l'on peut éventuellement proposer comme alternative aux autres réponses sociales.

1.3. Les bénéficiaires

Selon la loi, trois catégories d'adultes définies par l'âge, le handicap et la maladie mentale, vont pouvoir bénéficier de dispositions différenciées :

- les personnes âgées et les personnes handicapées, dont les besoins sont appréhendés sur le versant social, relèvent de la compétence des départements. Les dispositions prévues (agrément des accueillants, contrat, contrôle et suivi) sont mises en œuvre sous l'autorité du président du conseil général. L'accueil familial dont ils peuvent bénéficier est qualifié de social.
- les malades mentaux bénéficiant d'une prise en charge en établissement psychiatrique peuvent également être orientés en accueil familial. Soit, sortant d'une prise en charge médicale, ils sont orientés vers l'accueil familial social dont la maîtrise d'œuvre est assurée par le département, soit ils peuvent être orientés vers l'accueil familial thérapeutique, dispositif notablement distinct du précédent et dont le maître d'œuvre est le directeur de l'établissement de soins .

Les personnes âgées

C'est pour protéger cette population en écartant les accueillants qui n'offriraient pas des conditions d'accueil confortables et de garanties suffisantes en matière de bien-être et de sécurité que la loi est élaborée. Protection qui ne s'envisage ici que du côté de la régulation et de l'encadrement d'une offre d'hébergement.

Le texte s'inscrit dans la continuité des textes relatifs à l'aide aux personnes âgées qui, depuis déjà longtemps, peuvent bénéficier d'un placement chez un particulier évoqué parfois comme famille d'accueil. Ces dispositions comme les précédentes portent sur l'organisation des prestations offertes avec, et c'est là la seule nouveauté du texte, une définition des caractéristiques de l'accueil et du lien existant entre accueillant et accueilli.

Dans ce cadre, le texte laisse s'organiser le marché de l'offre et de la demande. C'est autant cette liberté que la diversité des accueils proposés, et l'absence de tout tiers organisateur qui rendent difficile l'assimilation de cette formule à un dispositif d'accueil familial.

Les dispositions prises pour les personnes âgées sont minimales afin, entre autres, de limiter les coûts sociaux. Elles laissent penser que les personnes âgées sont capables de gérer elles-mêmes leur propre choix de vie et donc d'accueil.

De plus, les accueillants sont laissés seuls maîtres d'œuvre de l'accueil qu'ils proposent alors que les difficultés du quotidien, du fait de l'état des personnes mais également de l'implication que suppose cette activité, nécessitent un accompagnement et un soutien spécialisé.

L'absence d'un organisateur de l'accueil rend peu lisible la dimension sociale de ces arrangements particuliers.

Les personnes handicapées

Sans commenter plus avant la maladresse traditionnelle, au moins depuis 1905, qui consiste à assimiler dans un même texte des personnes âgées et des personnes handicapées, manifestement celui-ci ne répond pas aux besoins de prise en charge de la plupart des personnes handicapées.

De plus, il semble que les handicapés visés par ce texte soient plutôt des handicapés physiques pour lesquels il doit être prévu "les possibilités de déplacement offertes aux personnes concernées"¹¹, alors que seuls les handicapés mentaux bénéficient de ce mode d'accueil.

C'est d'ailleurs à propos de ces handicapés que la première allusion à la notion d'accueil familial apparaît¹². Ainsi, les handicapés relevant de l'article 46 de la loi de 1975 en faveur des personnes handicapées, c'est à dire des personnes "n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants", peuvent faire l'objet d'un placement familial "organisé sous la responsabilité d'un établissement médico-social..." dans des conditions qu'il est prévu de définir par décret. Décret qui n'a jamais été publié.

Ils doivent donc se contenter du cadre insuffisant proposé par la loi.

Les malades mentaux

C'est au sujet des malades mentaux qu'apparaissent successivement les notions d'accueil familial thérapeutique et de famille d'accueil, dans l'article 18 du titre 4 de la loi consacré, en fin de texte, à diverses propositions.

Par ce biais est donc reconnue une pratique d'accueil familial ancienne et diversifiée, mise en œuvre par des établissements psychiatriques, et surtout différenciée des accueils familiaux sociaux. Ainsi, non seulement les dispositions prévues permettent de ne pas condamner tout ce champ des pratiques psychiatriques, mais de plus elles vont contribuer à les unifier.

¹¹ - loi du 10 juillet 1989, titre 2, article 4

¹² - loi du 10 juillet 1989, titre 2, article 5

Ici, l'accueil familial est nettement situé du côté du placement décidé et organisé par un tiers avec des objectifs soignants et la mise en œuvre d'un dispositif dont l'objectif dépasse les solutions sociales jusqu'ici évoquées. Ceci influence les modes de rémunération des accueillants et le cadre de travail qui leur est proposé.

Or, la caractéristique commune des trois populations concernées par l'accueil familial est la dépendance, qu'elle soit physique, psychique, affective ou sociale. Ces états de dépendance sont complexes et ne suffisent pas à caractériser les populations et leurs besoins. Qu'est-ce qu'une personne handicapée qui devient âgée ? Etre désigné en tant que personne handicapée ou en tant que malade mental n'est-il fonction que de l'institution qui prend en charge ?

Autant de flous qui auront une influence sur la mise en pratique de la loi, en terme d'indications et donc de limites de l'accueil familial, mais également en terme de passerelles entre accueil familial de malades mentaux et de handicapés, ou accueil familial de malades mentaux et de personnes âgées par exemple.

1.4. Commentaires

La loi n'instaure jamais l'accueil familial en tant que réel dispositif social intégré et souple permettant, au regard des besoins des populations, des prises en charge diversifiées et complémentaires.

Ces insuffisances sont la cause de difficultés d'application qui ne permettent pas d'empêcher les dérives que la loi devait justement permettre de canaliser. De plus, la liberté laissée à l'initiative privée, lorsqu'elle n'est pas encadrée par les services du conseil général, est à l'origine d'une disparité importantes, amplifiée par les options départementales qui n'ont pas toujours valorisé ce dispositif.

Une tentative de définition insuffisante

Alors que la loi porte sur les conditions d'exercice de l'accueil par un particulier, à son domicile, à titre onéreux de personnes âgées ou handicapées, ce texte a été interprété par la majorité des acteurs comme réglementant l'accueil familial des adultes âgés ou handicapés. Or, non seulement les termes "famille d'accueil" ou "accueil familial" ne sont pas mentionnés, à deux exceptions près, mais en plus les dispositions prévues permettent d'exercer un accueil qui peut s'écarter de la notion même d'accueil familial.

En effet, la définition d'un accueil à caractère familial nécessite une plus grande précision, non seulement à propos de l'activité des accueillants, mais également du cadre dans lequel doit s'organiser leur accueil. Surveiller les conditions matérielles de l'accueil offert et limiter le nombre d'accueillis ne suffisent pas.

Des particuliers continuent à accueillir comme de mini-établissements, en se contentant parfois d'héberger des personnes âgées, de les nourrir et de veiller à leur état. Quant à la notion de permanence, elle peut se traduire comme un "vivre à côté" proche du délaissement.

Certes, il s'agissait de ne pas créer un dispositif social trop élaboré qui aurait pu être la cause de dépenses sociales supplémentaires et qui pourrait de plus entrer en concurrence avec les établissements pour personnes âgées et personnes handicapées. Alors que chacune de ces solutions devraient être complémentaires...

Une activité libérale impossible à réguler

La contradiction est inscrite dans l'objet de la loi : réguler une activité à laquelle on donne un caractère libéral provoque les réticences des accueillants à accepter les contraintes liées à la régulation que sont l'agrément, le contrôle et le suivi.

De plus, la régulation s'organise sous la forme des pratiques tatillonnes d'agrément et de contrôle des accueillants qui renforcent la contradiction. Les accueillants vivent ces actions comme une mise sous tutelle de leur activité, au détriment d'un travail de confiance nécessaire.

Enfin, la mission de contrôle confiée aux départements, en l'absence de moyens concrets, se heurte à divers détournements qui expliquent que, même sans agrément ou même lorsqu'il a été retiré, certaines personnes restent accueillies.

Ainsi, la loi se trouve laisser les accueils qu'elle avait pour objet de régulariser ressortir du cadre qu'elle instaure, jusqu'à devenir illégaux, ou leur permet de s'appuyer sur d'autres cadres parfois contestables pour fonctionner, tels des actes notariés.

Un échec social

Dans ce contexte où une activité nécessitant un agrément peut finalement s'exercer sans, sur la base d'une libre négociation, ne compter que sur la bonne volonté des familles d'accueil, plus ou moins incitée par des "chartes de qualité" comme le prônent certains organismes ne suffit pas.

L'imprécision des dispositions prévues par la loi, une définition limitée peu opérationnelle et inadaptée de l'accueil familial, ne permettent ni de contrôler sereinement des accueils peu confortables, ni d'exercer des actions de soutien nécessaires à tout dispositif d'accueil familial, ni de susciter le développement de ce mode peu incitatif de prise en charge de populations en difficulté, ni surtout de l'inscrire comme un outil social.

D'autre part, la mise en œuvre des dispositions prévues, confiée aux départements qui répondent avec des logiques différentes, entraîne une grande disparité du traitement des agréments, des rémunérations des accueillants, ou encore du contrôle et du suivi tels qu'ils sont envisagés.

Ces échecs, constatés par tous et notamment par les pouvoirs publics, ont amené à une évaluation réalisée en 1997 dont l'objet était d'appréhender les difficultés d'application de la loi afin de prévoir des modifications adaptées.

2. UNE PRATIQUE DE SOIN : L'ARRETE DU 1ER OCTOBRE 1990

2.1. La nécessité de l'arrêté

Au moment où la loi de juillet 1989 est votée, de nombreux dispositifs d'accueil familial plus ou moins structurés existent donc, notamment en direction des handicapés. L'un d'entre eux est organisé à partir des établissements hospitaliers, le plus souvent psychiatriques, qui font appel à des familles d'accueils, parfois rémunérées par l'hôpital, parfois dans le cadre de montages financiers utilisant une partie des ressources des personnes accueillies, malades ou handicapés mentaux.

Or, les dispositions prévues par la loi, principalement en matière d'agrément ou de contrôle relevant de l'autorité départementale, ou en matière de rémunération des familles par les accueillis sur la base d'un contrat de gré à gré, ne peuvent s'appliquer telles quelles à certains de ces dispositifs. En effet, les hôpitaux sélectionnent des familles avec lesquelles ils veulent travailler, et passent avec elles un contrat qui, dans une certaine mesure, les assujettit à leur autorité.

Le dernier article de la loi, l'article 18, reconnaît donc l'accueil familial organisé à l'initiative des établissements de santé qui se présente d'emblée comme distinct des principes généraux que doivent appliquer les départements. Ce faisant est institué un accueil familial thérapeutique se distinguant de l'accueil familial social par le fait qu'un organisateur de l'accueil place des malades mentaux chez des familles d'accueil sous contrat.

Cependant, les solutions mises en place par les établissements psychiatriques sont parfois anciennes, très disparates, pas toujours précises, et quelque fois peu adaptées aux besoins des malades ou aux nécessités des projets de soins.

Selon les établissements, les familles d'accueil subissent des fortunes diverses, parfois seulement indemnisées pour les frais de leur accueil, parfois salariées de l'établissement après avoir signé un contrat de travail.

De leur côté, les patients, au gré des projets soignants ou des contraintes financières et administratives, sont orientés en famille d'accueil pour bénéficier d'un traitement personnalisé ou pour libérer un lit afin de réduire les coûts de l'hospitalisation.

L'arrêté pris le 1er octobre 1990 vient définir et harmoniser l'accueil familial thérapeutique évoqué dans la loi. Il s'appuie sur l'article 18 pour remettre de l'ordre dans les multiples pratiques existantes, recentre l'accueil familial thérapeutique comme un traitement de personnes souffrant de troubles mentaux, définit les responsabilités des gestionnaires et des soignants, précise l'organisation du dispositif confié à des établissements de soin participant au service public, ainsi que la contribution de familles d'accueil, appelées unités d'accueil familial thérapeutique, à la prise en charge et aux soins de populations handicapées par la maladie mentale.

2.2. L'histoire

Ce texte a une histoire, sinon plusieurs, inscrite dans l'évolution des pratiques psychiatriques.

En effet, il est sûrement le fruit de l'histoire des colonies familiales qui, à leur manière, sont une forme d'accueil familial thérapeutique si le terme thérapeutique se réduit ici à désigner la psychiatrie comme organisateur et donc comme employeur des familles d'accueil. Mais il est surtout construit en référence à des prises en charge novatrices, impliquant des familles d'accueil, mises en place par quelques services de psychiatrie inspirés par la sectorisation.

Il replace ainsi l'accueil familial thérapeutique au centre des questions contemporaines relatives au soin, au secteur et aux pratiques psychiatriques. En effet, l'évolution est importante entre le placement familial surveillé (l'arrêté du 14 août 1963), seul texte de référence pour les dispositifs mis en place par les établissements psychiatriques, et l'accueil familial thérapeutique. Evolution qui ne porte pas seulement sur le changement du terme accolé à familial.

En 1963, la dépendance vis à vis de l'hôpital est manifeste, et une lecture critique de l'arrêté laisse entrevoir une conception du soin particulière dans laquelle les familles nourricières surveillent les patients, sont eux même surveillés par des infirmiers qui agissent sous le contrôle du médecin.

En 1990 prévaut un autre discours qui s'appuie sur l'évolution des pratiques dans le cadre de la sectorisation et sur quelques innovations telles celle de Soisy-sur-Seine : l'accueil familial suppose qu'une équipe identifiée en soit l'organisateur et le soutien.

Ce texte a longuement mûri, et sa préparation est en fait antérieure aux préoccupations qui ont amené, dans une certaine précipitation, le vote de la loi de 1989. Sa richesse et sa qualité reflètent l'expérience et les ambitions des praticiens de l'accueil familial qui ont contribué à sa rédaction.

Malheureusement, il s'avère d'une portée limitée car il circonscrit l'accueil familial thérapeutique aux seuls établissements assurant ou participant à la mission de service public. Le décret, rédigé pour permettre au secteur privé, et notamment associatif, de mettre en œuvre des dispositions similaires n'est jamais paru.

2.3. Une définition de l'accueil familial thérapeutique

Le texte de 1990 affirme un cadre institutionnel à l'accueil familial : l'organisation du dispositif d'accueil familial revient à un service de soins. Renversement fondamental qui définit un maître d'œuvre et les moyens qu'il se donne, à savoir l'accueil familial thérapeutique, pour soigner des malades mentaux. Des familles d'accueil, sélectionnées et rémunérées par l'organisateur de l'accueil, participent aux projets de soins et sont soutenues par une équipe pluridisciplinaire et spécialisée.

Il ne s'agit plus de réguler les offres d'accueil de particuliers mais de définir un cadre de travail et les compétences de chacun.

L'initiative de l'accueil familial revient à un service de soins qui recrute des familles d'accueil pour prendre en charge un patient dans le cadre d'un projet de soins partagé. Le service organise le placement en préparant le patient et la famille d'accueil et en accompagnant les différentes phases de l'accueil.

Travailler avec des familles d'accueil oblige à préciser les rôles et les fonctions de chacun des acteurs du traitement de la maladie mentale, ainsi que les responsabilités de l'établissement et des familles d'accueil. Il en est de même pour l'équipe de soins qui a la responsabilité thérapeutique des processus qu'elle accompagne.

L'accueil familial devient donc un outil de soin relativement précis qui repose sur l'étroite collaboration de personnels soignants et de familles d'accueil. Des documents administratifs tels que le règlement intérieur de l'accueil familial, le contrat d'accueil (apparenté à un contrat de travail) passé entre le directeur de l'établissement et le responsable familial de l'accueil, et l'annexe au contrat d'accueil (assimilable à un projet thérapeutique) servent de référence et de cadre à l'ensemble des partenaires.

2.4. Commentaires

En définissant les objectifs de l'accueil familial et les moyens nécessaires à sa réalisation, l'arrêté de 1990 devient une référence incontournable dès lors que l'on évoque l'accueil familial non plus comme une initiative individuelle plus ou moins régulée mais comme un service. En faire une lecture attentive permet de pointer toutes les dispositions auxquelles il doit être pensé pour constituer un service d'accueil familial, que sa vocation énoncée soit soignante ou sociale.

De plus, ce texte se remarque et se distingue par sa précision, son ouverture et son caractère inventif, autant d'éléments positifs qui permettent aux établissements intéressés de s'en saisir et de l'appliquer sans trop de difficultés.

Cependant, l'arrêté de 1990 laisse dans l'ombre deux points qui ne manquent pas de poser quelques problèmes.

Le premier se rapporte au statut des familles d'accueil. Rémunérées par l'établissement qui les a recrutées, quel est leur véritable statut ?

Le second concerne le statut des patients bénéficiant d'un accueil familial thérapeutique. Doivent-ils être considérés comme hospitalisés ou non ?

Ces questions, et la diversité des réponses apportées par chacun des établissements, ont conduit à un rapport de l'IGAS¹³ qui, en 1994, a émis quelques propositions restées malheureusement sans suite. Chargés de dresser un bilan de l'accueil familial thérapeutique et de concevoir des adaptations de la réglementation, les rapporteurs proposaient pour les patients de dégager l'accueil familial thérapeutique des contraintes hospitalières, et pour les familles d'accueil la nécessité d'un véritable statut "d'assistant en accueil familial".

Les représentations, l'ancienneté de certaines conceptions des pratiques, le poids des contraintes administratives font que les dispositions définies par l'arrêté ne servent qu'à cautionner des accueils familiaux pour lesquels sont oubliés tant l'aspect du soin que celui se rapportant au travail des familles d'accueil. Certains accueils n'ont de thérapeutique que l'adjectif qui discrimine l'accueil familial organisé par des établissements sanitaires par opposition aux hébergements sociaux confiés aux services départementaux.

Ainsi, des patients sont toujours orientés vers l'accueil familial dans le cadre de déplacements sans espoir de changement, afin de libérer des lits à l'hôpital. Cette perspective asilaire réduit les objectifs soignants, et ce malgré les constats, à savoir l'évolution des patients ou à tout le moins leur capacité à profiter d'une vie familiale comme d'une ouverture vers la resocialisation.

Ainsi, des familles d'accueil sont utilisées sans que rien de dynamique soit attendu d'elles, et souvent parce que l'on ne sait pas travailler avec elles. Mais leur action quotidienne échappe finalement à cette exsangüité pour fondamentalement s'inscrire dans l'échange, l'aide, le partage, le rapport à l'autre, le temps, l'espace.

Malgré la pérennité de certaines de ces pratiques, l'accueil familial thérapeutique s'émancipe, et les équipes apprennent peu à peu à construire des projets et à travailler avec les familles d'accueil.

¹³ - rapport sur l'accueil familial thérapeutique, H.J. Lebeau et G. Sarazin

3. QUEL CADRE POUR L'ACCUEIL FAMILIAL ?

Pour une bonne part, l'accueil familial dépend des familles d'accueil. Leur idéologie, leurs représentations, la perception qu'ils ont des besoins des accueillis, et de manière sous-jacente à ces points, leurs motivations, les amènent à proposer des modalités très contrastées d'accueil d'adultes à leur domicile.

Cependant, si les mots ont un sens, on doit réserver ces offres à l'obligation qu'il y a d'exercer cette activité en impliquant sa vie familiale qui devient alors une sorte d'outil de travail.

Dans ce cas, qui est l'observateur de ces situations qui permet de conserver l'accueil familial dans ce cadre ?

Si donc l'accueil familial se définit à partir de la capacité à faire partager sa vie familiale, définition réaliste au regard des besoins des adultes, ce qui est mobilisé relève de la qualité de la relation et de l'empathie éprouvée.

Si l'accueil familial touche autant l'implication familiale et chacune des personnes qui y participent, n'y-a-t-il pas à réguler les échanges afin que chacun y trouve une place ?

En effet, sur quel projet se fonde le partage de la vie familiale ? S'agit-il d'une rencontre sans fin où chacun est amené à oublier le sens de ce qui la fonde, à savoir qu'il s'agit d'une pratique inscrite dans les réponses d'aide aux personnes dépendantes ?

S'il s'agit de répondre, socialement ou médicalement, avec des familles d'accueil, aux besoins de populations, quelle est l'organisation de cette réponse ? Peut-elle se satisfaire de contrôler le marché de l'offre des particuliers comme c'est aujourd'hui le cas ? Ne doit-elle pas inscrire les accueillants, et l'accueil familial qu'ils proposent, parmi les différents modes de prise en charge ?

Autant la définition de l'activité des familles dans l'accueil familial que l'inscription de celui-ci parmi les pratiques sociales et/ou médicales nécessitent un cadre qui fixe quelques repères à la rencontre entre accueilli et accueillant, et à la place des familles d'accueil.

3.1. La nécessité d'un cadre pour l'accueil familial

L'accueil familial exige d'être inscrit dans un cadre parce qu'avant tout c'est une pratique de placement de populations qui ne peuvent seules organiser l'aide dont elles ont besoin. La notion de placement suppose qu'un tiers a pris une décision : un parent, un tuteur, un organisme social ou médical.

Comment ce tiers peut-il intervenir s'il n'est pas reconnu, comme c'est le cas pour l'accueil familial social ? Comment peut-il trouver sa place s'il n'est pas dès l'origine informé des potentiels des familles d'accueil et des besoins des futurs accueillis afin de décider et d'organiser le placement le plus adapté ?

De plus, comment ce tiers peut-il intervenir si cette fonction est assurée par un parent de la personne accueillie. Non seulement, il est mis à rude épreuve dans le choix des familles qui vont s'occuper de son parent dépendant, mais de plus il ne peut être que partagé, éprouvant un profond sentiment de culpabilité incompatible avec la gestion quotidienne, financière et affective de ce placement.

Un responsable de services sociaux justifiait le non-développement de l'accueil familial pour des adultes handicapés dans son département par l'absence de demande de placement. La seule demande qu'il avait eu à traiter, et qui d'ailleurs n'avait pas aboutie, le confortait dans cette assurance.

En effet, des parents l'avaient sollicité pour trouver un hébergement à leur enfant, adulte handicapé, qui avait, loin de chez eux, une activité professionnelle dans un centre d'aide par le travail. Il avait alors proposé la solution d'un accueil par une famille en donnant l'adresse d'une d'entre elles résidant à proximité de l'établissement. Or, ces parents n'avaient pas donné suite, preuve qu'il n'y avait pas de besoin...

Ne peut-on pas penser qu'il fut impossible pour ces parents d'imaginer confier leur enfant à une autre famille ? Un intermédiaire de placement aurait permis de mettre à distance et de traiter différemment les sentiments inabordables et irréprésentables dans ces circonstances.

De la même manière, il est délicat pour un tuteur de jouer ce rôle de tiers organisateur. En effet, en sa qualité de représentant du majeur protégé, il aura pour normale préoccupation de défendre ses intérêts... au risque de laisser de côté ceux des familles d'accueil. C'est ainsi que les interventions de personnels des services tutélaires sont mises à mal lorsqu'ils doivent trouver des solutions en l'absence d'une aide des départements.

Ces situations montrent bien à quel point la décision d'un accueil familial suppose l'existence d'un tiers informé et reconnu. C'est un élément fondamental que l'on retrouve obligatoirement dans les placements de personnes handicapées, ou plus précisément dans les accueils familiaux thérapeutiques de malades mentaux.

Ce tiers organisateur est d'autant plus nécessaire que l'accueil familial ne peut dépendre de la seule mobilisation de particuliers. Les besoins sociaux et médicaux des personnes obligent les institutions sociales et sanitaires à s'impliquer et à prendre leur place dans des programmes de prise en charge adaptés et complémentaires.

Pour que l'ensemble de ces aspects essentiels soient traités, l'accueil familial suppose un cadre cohérent, organisateur, identifié, d'un dispositif dans lequel des intervenants avec des familles d'accueil, prennent en charge des populations en difficulté. Dans ce cadre, les familles d'accueil font partie d'un dispositif institutionnalisé, à l'instar d'autres professionnels chargés des missions d'évaluation et de la préparation des familles et des futurs accueillis, de la mise en place de l'accueil, c'est à dire du placement des accueillis dans des familles d'accueil adaptées, de l'accompagnement de l'accueil et du soutien à un projet qui suppose un après-placement familial. Il va de soi que la nature du lien de dépendance entre famille d'accueil et organisateur est à construire, soit dans le cadre de la législation actuelle, soit dans d'autres cadres à inventer.

De plus, un tel cadre permet à chacun de connaître et de reconnaître ses responsabilités et la place qu'il occupe dans la prise en charge, qui, ainsi définie, sert de référence au travail partagé pour mener à bien un projet social ou sanitaire énoncé et porté.

Ce faisant, le cadre confirme et affirme que les familles d'accueil ne sont pas seules à gérer les différents besoins des accueillis, mais qu'elles doivent trouver auprès des intervenants avec lesquels elles travaillent aide, soutien et collaboration, mais aussi un contenant et un sens à leur activité.

A ce niveau, organisateur de l'accueil, référent du travail des familles d'accueil, médiateur des relations entre accueillants et accueillis et leur famille, porteur d'un projet évolutif, un tel cadre dessine les contours d'un véritable dispositif institutionnel.

De telles conceptions s'avèrent d'autant plus importantes que ces questions se posent dans un domaine où les registres personnels, privés, professionnels et publics sont intimement liés. De ce fait, il est primordial de sortir du confinement des familles pour donner une direction et une identité à cette activité, et pour l'inclure dans un dispositif validant son existence même.

De plus, l'appartenance des familles d'accueil à un dispositif social ou médical a plusieurs fonctions. Non seulement celles-ci peuvent se sentir valorisées, mais surtout ce sentiment d'appartenance aide à rompre leur isolement en les intégrant clairement à des pratiques sociales ou médicales.

Bien qu'insuffisant pour traiter totalement ces questions préalables, le cadre minimal proposé par la loi a pu, dans certaines circonstances, être adapté aux besoins, dès lors que des initiatives ont été prises et des solutions imposées qui dépassent largement les bases réglementaires. C'est le cas dans certains départements lorsqu'est renforcé le lien de dépendance entre familles d'accueil et entité gestionnaire d'un dispositif identifié d'accueil familial.

Ces questions se posent de manière différente en ce qui concerne l'accueil familial thérapeutique pour lequel, en principe, un cadre réglementaire et fonctionnel détaillé situe les familles d'accueil dans un dispositif de soin en évoquant leurs responsabilités et celles du service, en décrivant leur travail à partir de leurs droits et de leurs devoirs, et en énonçant les différentes interventions de l'équipe spécialisée avec laquelle elles collaborent.

3.2. Les cadres actuels et leurs réponses

Si les dispositifs mis en place se contentaient d'appliquer la loi, il serait difficile de parler d'accueil familial en tant que tel. Tout au plus, il pourrait être évoqué une activité individualisée de familles agissant sous le contrôle plus ou moins organisé et matérialisé d'une l'administration.

Ceci en occultant, comme le font les textes, les actes fondateurs d'une pratique d'accueil familial que sont le placement et sa préparation ainsi que la nécessité pour les familles d'accueil de pouvoir être aidées.

Avant d'aborder ces questions à partir des familles d'accueil et des multiples facettes de leur travail d'accueil, il est utile de préciser la nature du cadre actuel de leur activité et ses implications.

La législation fait reposer l'accueil familial sur le contrat passé entre accueillant et accueilli dans le cas de l'accueil familial social, et entre accueillant et établissement dans le cas de l'accueil familial thérapeutique.

Le contrat, élément fondateur de l'accueil familial social

L'accueil familial social repose sur un contrat librement négocié entre la personne agréée et la personne accueillie, ne faisant donc aucune place à un tiers. D'un point de vue juridique, il s'agit d'un contrat de droit privé, de gré à gré, qui, pour certaines de ses clauses, doit être conforme au contrat-type établi par le département qui fixe les conditions et la rémunération de l'accueil ainsi que les modalités de fin d'accueil.

Il s'agit d'un contrat hybride qui définit une activité libérale en partie salariée, en partie contractuelle, et en partie commerciale. Il suppose, pour la partie salariée, que l'accueilli est l'employeur déclaré à l'URSSAF. Ce faisant, il institue un lien de subordination entre la personne agréée et la personne accueillie qui se révèle irréal et inadapté.

De plus, cette partie du contrat ne constitue par un contrat de travail pour lequel les éventuels litiges relèveraient de la compétence des prud'hommes, et n'accorde aux familles d'accueil aucun des avantages d'une activité rémunérée.

A un autre niveau, ce contrat suppose la capacité de contracter de chacune des deux parties concernées, ici un particulier agréé et une personne âgée ou handicapée.

Gageons que les personnes âgées qui pourraient sereinement contracter sont suffisamment autonomes, et donc plutôt enclines à rester chez elles. Quant aux handicapés qui seraient en mesure d'aller à la recherche d'une famille d'accueil et de discuter les termes du contrat, ils seraient capables de prendre en charge leur avenir.

Dans tous les cas, une personne tierce, absente dans les textes, est en fait le réel organisateur de l'accueil, voire du placement. Selon les situations, ce tiers, plus ou moins présent, peut aider chacun à reconnaître ses engagements mutuels.

Le libre choix constitue une utopie. C'est pourquoi, le plus souvent, des professionnels participent à la mise en place de l'accueil, notamment en assistant à la signature du contrat, voire en organisant la rencontre. Ce faisant, ils donnent un cadre à l'accueil, mais cette intervention non reconnue ne saurait être la référence en cas de conflit.

En effet, cette invalidation légale d'un tiers a pour conséquence de laisser parfois les familles d'accueil librement décider de qui elles veulent accueillir, au risque de se retrouver alors dans des situations délicates du fait des difficultés non évaluées des accueillis. Les possibilités d'intervention sont ensuite inexistantes, sauf à constater, lors du suivi social ou au détour des contrôles, que la personne accueillie n'est pas bien traitée ou que les conditions ayant présidé à la délivrance de l'agrément ne sont plus réunies.

Plus problématique, cette négociation impossible du contrat ne prévoit pas de projet social pour l'accueilli. Il s'agit ici d'une véritable inconséquence lorsque l'on réalise que près de la moitié des personnes handicapées en famille d'accueil ont moins de 40 ans, et lorsque l'on connaît le potentiel des familles d'accueil à produire autre chose que de l'hébergement.

Pour conclure, retenons que le cadre administratif de l'accueil familial social se résume à ce contrat qui ne cadre pas... avec l'accueil familial. Au mieux, sa signature déclenche des pratiques de contrôle et de suivi.

Il oublie l'essentiel, à savoir l'accueil familial qui, justement, nécessite d'être encadré par des personnels afin d'orienter les demandes, de préparer l'accueil et les séjours d'essai éventuellement, de servir de tiers dans la rédaction du contrat, et d'aider aux démarches que les accueillis ou leur représentant doivent entreprendre auprès des administrations (telles l'URSSAF ou la CAF), et parfois de prendre en charge la rédaction des bulletins de paie.

Un accueil familial digne de ce nom ne saurait se réaliser sans ces aides minimales, et sans ce soutien apporté par des professionnels avertis. Dans ce sens, le cadre envisagé par la loi est irréaliste, et chacun doit trouver des solutions plus ou moins adaptées pour pallier ces insuffisances réglementaires.

Un cadre administratif plus élaboré pour l'accueil familial thérapeutique

Totalement démarqué du cadre contractuel de l'accueil familial social, l'accueil familial thérapeutique repose sur un dispositif qui, en permanence et à tous les niveaux, fait tiers entre l'accueillant et l'accueilli, grâce à un contrat dit d'accueil passé entre le directeur de l'établissement gestionnaire et le membre de la famille d'accueil recruté.

Deux autres éléments contribuent à compléter ce cadre fonctionnel : un règlement intérieur et un document qualifié d'annexe au contrat d'accueil.

Le contrat d'accueil constitue un engagement entre le directeur de l'établissement et la personne responsable de l'accueil, qui de ce fait est, en quelque sorte, recrutée. Les prestations versées sont à la charge de l'établissement.

Ce contrat ne concerne en rien la personne accueillie.

Etant données sa nature et sa composition, il aurait pu être qualifié de contrat de travail, comme c'est le cas lorsqu'il s'agit de l'accueil des mineurs et donc du recrutement d'assistantes maternelles. En effet, il revêt le double caractère de contrat d'emploi et de contrat de prestation de service pour l'entretien et le logement.

Le règlement intérieur de l'accueil familial thérapeutique le situe comme un service dont le fonctionnement doit être précisé. Ce document remplit cette fonction en mentionnant le projet, les responsabilités, le travail et ses limites, les rapports avec l'équipe.

L'annexe au contrat d'accueil parachève le cadre en inscrivant l'accueil dans une dimension dynamique. En effet, l'accueil familial thérapeutique constitue un projet soumis à la signature de l'ensemble des partenaires, à savoir les membres de l'unité d'accueil familial, l'équipe de soin, le patient ou son représentant légal et le directeur de l'établissement.

On peut se demander en quoi et comment un directeur gestionnaire s'engagerait dans un projet thérapeutique, mais ce point se légitime au moins sur le plan de la responsabilité administrative in fine, et tout simplement du fait que ce projet nécessite un engagement financier. Par exemple, il peut être prévu dans cette annexe que la famille d'accueil soit sollicitée pour accompagner l'accueilli toutes les semaines à sa consultation ou à son activité thérapeutique. Cet accompagnement, source de frais supplémentaires pour la famille d'accueil, doit être indemnisé.

L'accueil familial thérapeutique s'organise donc dans un cadre extrêmement précis qui fixe le lien entre famille d'accueil et établissement et confère à l'accueil sa dimension de soin et de collaboration. Ce faisant, il permet à l'accueil familial de se présenter comme un mode de prise en charge comportant des règles et des objectifs, contribuant à le décaler de la libre activité d'une famille.

4. L'ACCUEIL FAMILIAL EN 1998

Le flou qui présidait avant la loi de 1989, et qui rendait hasardeuse l'identification de l'accueil familial comme un ensemble de pratiques repérables et distinguables d'autres formes d'aides commerciales, sociales ou médicales, n'est guère levé.

Certes, il est aujourd'hui plus aisé de rapporter l'accueil familial aux représentations régulées par la loi malgré leur disparité.

Certes, il est aujourd'hui possible de recenser l'ensemble des bénéficiaires et d'appréhender les modalités d'organisation retenues par les départements ou par les établissements de soin. Mais la nette distinction des réponses, selon que leur vocation est à dominante sociale ou thérapeutique, rend difficile l'articulation de ces prises en charge alors même qu'elles s'adressent à des populations voisines et surtout reposent sur des modes de présence similaires des familles d'accueil.

A moindre échelle, l'application de dispositions réglementaires différentes selon que les accueillis sont mineurs ou majeurs ne permet pas de traiter de manière satisfaisante le passage entre l'accueil familial des enfants et l'accueil familial des adultes, en particulier pour des enfants handicapés qui, devenus adultes, restent dans leur famille d'accueil.

Enfin, le caractère peu opérationnel de la loi n'empêche pas la pérennité de situations marginales non réglementées, et explique les initiatives de personnes ou d'associations qui utilisent, contournent ou tentent de combler les lacunes du texte. Bien que n'entrant pas dans le cadre des dispositions conçues en 1989, ces modes d'accueil existent. Ils relèvent d'intentions différentes, parfois illégales, ou deviennent des réponses inventives aux besoins spécifiques de populations fragiles.

Les recensements réalisés auprès des départements, maîtres d'œuvre de l'accueil familial social, et des établissements de soin, maîtres d'œuvre de l'accueil familial thérapeutique font apparaître que l'accueil familial concerne environ 15000 adultes¹⁴.

¹⁴ - de son côté, l'accueil en famille des toxicomanes compte entre 200 et 300 personnes en traitement

4.1. L'accueil familial social

A proprement parler, l'appellation est parfois abusive tant les accueils proposés par les particuliers se démarquent d'un accueil à caractère familial, et surtout tant les dispositions prévues laissent libre cours à des organisations très différentes.

Sa mise en œuvre est du ressort des départements qui l'ont abordé de manière contrastée : soit, respectant l'esprit de la loi, il a simplement été répondu à l'obligation d'agrément, soit a été promue une politique sociale volontariste et dans ce cas organisés des dispositifs d'accueil familial élaborés.

Disparités et tutelle du département

La place accordée à l'accueil familial dépend de la politique générale du département. A ce titre, elle peut être influencée par des facteurs tels que les besoins en places d'hébergement, et la volonté délibérée de le promouvoir ou non, éventuellement pour des raisons économiques.

Ces points se traduisent à travers la "publicité" faite à l'agrément, par des conditions d'agrément plus ou moins restrictives, par d'éventuels avantages financiers et statutaires accordés aux familles d'accueil, et plus globalement en terme d'organisation générale d'un dispositif d'accueil familial plus ou moins repérable par les différents acteurs.

D'autres considérations peuvent influencer sur l'importance de l'accueil familial. Par exemple, le volume des agréments est étroitement dépendant des traditions d'accueil, et donc de la nécessité de régulariser la situation de particuliers qui pratiquaient l'accueil à leur domicile antérieurement à la loi, ou est en rapport avec la nécessité de traiter les demandes de personnes poussées vers cette activité faute de trouver un emploi.

Ainsi, le nombre de personnes agréées peut aller de une à plus de 400 selon les départements, avec une moyenne de 90.

Incertain caractère familial

Les restrictions à l'accueil de plusieurs adultes par la même famille confèrent à ce mode d'accueil un caractère qualifiable de familial. Plus de la moitié des agréments est limitée à l'accueil d'une seule personne. Seulement 12% des particuliers bénéficient d'une dérogation pour l'accueil d'une troisième personne. Au regard du nombre de personnes accueillies, le quota général est de 1,3 accueilli par personne agréée.

Sur un autre plan, le caractère familial de l'accueil se confirme par le petit nombre d'agréments accordés à plusieurs personnes vivant dans le même foyer.

Deux dispositifs distincts

Alors que la loi de 1989 s'applique indifféremment aux personnes âgées et aux personnes handicapées, l'analyse des agréments permet de distinguer deux gestions distinctes selon les populations bénéficiaires de l'accueil.

Ainsi, plus des deux tiers des agréments délivrés sont différenciés selon les populations. Parmi eux, les agréments pour l'accueil de personnes handicapées sont légèrement plus nombreux que pour l'accueil de personnes âgées.

De plus, bien que rares, les agréments permettant d'accueillir deux personnes, voire trois par dérogation, sont plutôt réservés à l'accueil de personnes âgées.

L'organisation générale des départements

Indépendamment de la qualité du service rendu et de l'identification, voire de la spécialisation d'une pratique d'accueil familial, les départements ont la possibilité de mettre en œuvre deux principes prévus par la loi : soit ils traitent l'ensemble des dispositions en régie directe, soit ils conventionnent des organismes et institutions habilités pour tout ou partie des missions d'agrément, de contrôle et de suivi.

Les deux tiers des départements ont gardé la tutelle de l'ensemble des missions en régie directe. La possibilité offerte par la loi de déléguer par convention n'a été utilisée que par un tiers des départements, mais même dans ces circonstances, leur tutelle reste le plus souvent forte.

Les conventions sont passées dans des départements où l'accueil familial des personnes handicapées est majoritaire. Les départements ont donc plutôt conservé sous leur autorité l'ensemble des prestations relevant de l'accueil des personnes âgées comme faisant partie de leur mission générale d'aide sociale, alors que pour l'accueil des personnes handicapées (mentales le plus souvent), ils se sont tournés vers les interventions spécialisées que pouvaient offrir des organismes locaux.

A ce niveau également est donc confirmée la nécessité d'un traitement différent des besoins des personnes handicapées.

La notion de service et la réalité d'un dispositif

La notion de service s'analyse à partir de la nature et de la qualité des prestations proposées tant aux personnes accueillies qu'aux personnes agréées. Ainsi, il est possible de distinguer une pratique d'accueil familial lorsque sont mises en œuvre la gestion des placements, la délégation du travail à une équipe spécifique et la reconnaissance des familles d'accueil, notamment par l'amélioration de leurs conditions de travail.

Dans ce sens, des services spécialisés, départementaux ou conventionnés, organisent et accompagnent tous les moments du placement offrant ainsi une prestation sociale identifiée, alors que dans d'autres départements sont seulement assurées les dispositions légales minimales, agrément des accueillants et peu ou prou contrôle des accueils.

4.2. L'accueil familial thérapeutique

Qualifier l'accueil familial de thérapeutique fait part autant d'une intention soignante que de modalités d'organisation et de fonctionnement spécifiques.

Actuellement, la notion de soin, visée au travers de ce qu'une famille d'accueil peut apporter au traitement psychique, prend peu à peu le pas sur les placements traditionnels en famille d'accueil de patients chronicisés dans leur maladie et dans leur prise en charge.

Cependant, la distinction entre un accueil familial à vocation thérapeutique et un accueil familial comme voie de recours à long terme n'est pas toujours faite. Ainsi, certains de ces accueils sont installés dans la durée, avec parfois des interventions des soignants qui n'ont pas d'autre objet que d'assurer leur pérennité.

En 1993¹⁵, l'accueil familial thérapeutique pour adultes était organisé dans 90 établissements, et concernait plus du tiers des secteurs de psychiatrie. Cependant, son importance est très variable selon les établissements : de une famille d'accueil à quelques dizaines¹⁶.

Bien que répondant à des normes de fonctionnement détaillées dans l'arrêté de 1990, mais justement en raison de la souplesse de ce texte, l'organisation des services d'accueil familial thérapeutique prend des formes variables selon les hôpitaux.

Les pratiques anciennes ne répondent pas toutes aux conditions définies par le texte. De plus, la possibilité de réaliser l'accueil familial à un niveau sectoriel ou intersectoriel multiplie les expériences dans lesquelles il est parfois difficile de mobiliser une équipe d'intervenants travaillant spécifiquement avec les familles d'accueil.

En marge de ces accueils familiaux thérapeutiques se perpétuent des situations où d'anciens patients placés en famille d'accueil continuent de bénéficier des soins psychiatriques du secteur. Parfois des accords, tacites ou conventionnels, passés avec les départements reconnaissent ou rendent possible ces modes d'intervention.

¹⁵ - évaluation menée par l'IFREP (Institut de Formation, de Recherche et d'Évaluation des Pratiques médico-sociales) avec le soutien de la direction des hôpitaux

¹⁶ - les colonies de Dun-sur-Auron et d'Ainay-le-Chateau comptent alors près de 1000 familles d'accueil

4.3. Accueil familial social et accueil familial thérapeutique

La loi de 1989 instaure deux dispositifs, qualifiés respectivement de social et de thérapeutique, qui relèvent d'autorités et de financements différents :

- le département, compétent en matière d'aide sociale et d'hébergement de personnes âgées ou handicapées, est responsable de l'accueil familial social. L'agrément de particuliers, leur contrôle, leur formation et le suivi des accueillis reposent sur le budget social départemental. Seul le coût de l'accueil est à la charge de la personne accueillie¹⁷.
- l'accueil familial thérapeutique, mode de soins mis en œuvre par les hôpitaux, repose entièrement sur le budget de la sécurité sociale¹⁸.

Deux sources de financement et deux pratiques sont donc différenciés et parfois clivés, ce qui rend problématique le passage d'un type d'accueil à l'autre.

Si ces distinctions concernaient des populations fondamentalement différentes, elles ne poseraient pas de problèmes particuliers. Mais pour la plupart des adultes bénéficiaires de l'accueil familial, les handicapés ou malades mentaux et les personnes âgées, les besoins peuvent être interprétés autant du côté de l'hébergement que de l'aide médicale ou de la prise en charge psychiatrique.

Gamme de besoins auxquels les familles d'accueil répondent sans nuance fondamentale. Dans le quotidien de leur présence, les familles d'accueil font preuve d'un registre d'attitudes similaires quelles que soient les personnes accueillies : ce qu'elles mettent en œuvre d'empathie dans le vivre avec, soutenue par une équipe, devient dans tous les cas porteurs d'attentions soignantes au sens de "prendre soin".

De ce point de vue, une famille d'accueil n'est ni sociale, ni thérapeutique.

¹⁷ - lorsque ses ressources sont insuffisantes, l'aide sociale vient en complément

¹⁸ - la personne accueillie paye le forfait hospitalier du fait de son hospitalisation, mais ne participe pas financièrement à la rémunération de la famille d'accueil.

L'accueil familial a toujours oscillé entre le thérapeutique et le social. Il est indéniable que l'aide et le soutien affectifs, une permanence relationnelle, la séparation du milieu pathogène le cas échéant, produisent des effets "thérapeutiques".

Le clivage social-sanitaire ne reflète ni la réalité des besoins, ni celle des réponses. Les critères permettant de fixer les indications et les limites de chacun des deux dispositifs sont loin d'aboutir à une exclusion mutuelle nette.

Les conséquences du clivage

Le clivage des responsabilités et des financements instaure un climat de défiance entre le social (l'administration départementale) et le médical (celle des établissements de soins). Ces derniers sont suspectés, dans un contexte de diminution du nombre de lits d'hospitalisation et de réduction des coûts de santé, de se délester de patients en les "plaçant" dans des familles d'accueil "sociales".

Dans un autre registre, cette défiance est alimentée par la nature même de l'accueil familial, à savoir sa capacité à prendre en charge et à améliorer le sort de populations qui ont autant besoin de soins que d'hébergement.

C'est le cas pour les trois types de population bénéficiaires de l'accueil familial qu'il est parfois difficile de distinguer. En effet, les personnes âgées ou handicapées peuvent souffrir de troubles psychiques. Quant aux malades mentaux pour lesquels l'hospitalisation traditionnelle n'est plus un recours, ils sont souvent âgés.

Distinguer ces populations et leurs besoins est donc arbitraire, d'autant que chacune étant amenée à évoluer dans la maladie, l'âge ou le handicap, il est nécessaire de pouvoir opérer un passage entre les deux seuls accueils aujourd'hui possibles, ou de combiner les interventions de l'un et de l'autre.

Ainsi, la prise en charge en accueil familial thérapeutique d'un malade mental qui a suffisamment évolué et qui a trouvé dans une famille d'accueil stabilité et attention, sans toutefois que puisse être envisagée une plus grande autonomie, peut-elle se poursuivre dans le cadre de l'accueil familial social, et ce avec la même famille d'accueil ? Sous quelles conditions pour l'un et pour l'autre ?

Soit ce "passage" concerne également la famille d'accueil et dans ce cas, celle-ci perd une identité de collaboratrice d'un projet de soin pour accepter un statut moins précis et un projet limité à l'hébergement. Soit ce "passage" se fait en changeant de famille d'accueil, d'une "unité d'accueil familial thérapeutique" vers un "particulier agréé".

Ce mouvement de l'accueil familial thérapeutique vers l'accueil familial social est le plus fréquemment envisagé, en raison au moins de deux phénomènes concomitants : l'évolution des patients, et celle des pratiques psychiatriques qui tentent de répondre à leurs besoins, notamment en s'appuyant sur les réseaux sociaux de proximité afin de mener une action thérapeutique sans désinsérer les personnes, voire en incitant à leur insertion.

Il peut également concerner des malades chroniques stabilisés ne nécessitant plus d'attentions soignantes particulières mais pour lesquels une suffisante autonomie n'est pas atteinte.

Les personnes orientées en accueil familial social au sortir de l'hôpital ont donc généralement vécu des temps d'hospitalisation moins longs (souvent inférieurs à un an) que ceux qui sont placés en accueil familial thérapeutique.

Cependant, malgré l'intérêt et la réalité des situations précédemment décrites qui demandent articulation et collaboration des interventions thérapeutiques et sociales, il est vrai que certaines orientations sont motivées par un souci de réduction de coût.

Dans ce contexte, le manque de transparence des intentions des services de psychiatrie renforce l'attitude suspicieuse. En effet, des établissements n'ont pas développé l'accueil familial thérapeutique ou n'ont pas suffisamment de moyens financiers pour répondre à toutes les demandes.

Les services utilisent alors des familles d'accueil agréées par le département pour conduire des projets de soins pour des handicapés mentaux. Dérapages qui créent de la confusion lorsque les objectifs, les places et les missions ne sont pas claires.

A un tout autre niveau et avec d'autres objectifs, le passage de l'accueil familial social vers un accueil familial médicalisé pourrait également s'envisager lorsque l'état de la personne accueillie s'est dégradé, et qu'il devient nécessaire d'opter pour une prise en charge soignante complémentaire à l'accueil. Cet accueil familial à double tarification, d'ailleurs préconisé par l'IGAS, n'est développé que dans un seul établissement.

L'ensemble de ces situations amène à penser que les cadre existants ne favorisent guère les articulations où réponses sociale et médicale devraient être complémentaires et non pas s'exclure. Les intentions peu claires et les attitudes figées participent à l'impossibilité d'une telle collaboration qui permettrait d'élaborer en commun des dispositifs aptes à répondre aux besoins évolutifs des personnes.

Or, la loi, qui donne aux départements la maîtrise du dispositif d'accueil familial social, prévoit que des dispositions peuvent être prévues afin que les établissements hospitaliers participent à certaines des actions concourant à l'organisation de ce mode d'hébergement.

Grâce à cette possibilité, les services de quelques établissements hospitaliers ont été sollicités pour suivre des populations relevant de leur secteur psychiatrique.

Au-delà de cette mission relevant du service public et de la sectorisation, des établissements ont par ailleurs été interpellés par des départements pour assurer le suivi de "patients" en famille d'accueil, ceci dans le cadre de conventions, avec des contreparties financières ou en personnels.

4.4. Accueil familial d'adultes et accueil familial d'enfants

Quelles que soient les imprécisions, les textes contribuent à baliser tout le champ des pratiques de l'accueil à domicile exercé dans le cadre familial.

Depuis 1989, selon l'âge des populations accueillies, mineurs ou adultes, deux législations différentes s'appliquent .

Pour les mineurs, dans le cadre de la protection de l'enfance depuis longtemps contrôlée et organisée, la loi du 12 juillet 1992 précise les droits et devoirs des assistantes maternelles.

Celles-ci bénéficient d'un contrat de travail et d'un salaire, et participent au sein d'équipes à la prise en charge des enfants. Selon le caractère social, médico-social ou thérapeutique de l'accueil, elles sont employées par les services de l'aide sociale à l'enfance des départements, par des services de placement familial spécialisé associatifs ou par des établissements hospitaliers.

Est ainsi créé un nouveau clivage préjudiciable à l'accueil familial. En effet, de nombreux enfants placés en famille d'accueil y grandissent jusqu'à devenir adultes. Si leur handicap, par exemple, exclut la possibilité d'une autonomie dès leur majorité, ces adultes peuvent être amenés à rester dans la famille d'accueil. Cependant, celle-ci doit alors changer de statut. Assistante maternelle agréée et salariée, elle doit être à nouveau agréée par le conseil général pour devenir un particulier rémunéré par l'enfant qu'elle accueillait...

4.5. Aux marges de l'accueil familial

En définissant les conditions d'exercice de l'accueil à domicile, la loi laisse de côté des modes d'accueil pourtant parfois proches de l'accueil familial. Certains existaient déjà avant la loi et continuent d'exister, plus ou moins légalement. D'autres se développent en marge de la loi.

Quelques-unes de ces initiatives se construisent sur les bases d'un rapport à l'autre similaire à ce qui se vit en famille d'accueil ; d'autres s'en éloignent pour être plutôt marquées par le caractère hôtelier, voire purement commercial des prestations offertes.

Au nom de l'accueil familial cohabitent donc des réponses dont les unes mériteraient d'être évaluées et encouragées, et les autres empêchées.

Des accueils ignorés : les accueils intra-familiaux

La loi ne porte que sur les accueils de populations qui n'ont pas de lien de parenté avec les accueillants. Sont donc mis de côté les accueils intra-familiaux qui laissent les familles seules face à leurs difficultés, sans aide ni regard extérieurs.

Or, il serait nécessaire de reconnaître et de valoriser les personnes qui font le choix de s'occuper de leur parent âgé ou de leur enfant handicapé en les soutenant dans leur projet, en instaurant des relais, et en prévoyant des compensations financières acceptables, voire en les faisant bénéficier des dispositions prévues pour les familles agréées¹⁹, en terme d'ouverture de droits sociaux notamment.

La permanence des accueils sauvages

La loi de 1989, dont la vocation première était de contrôler les accueils sauvages, n'a pu éviter que se perpétuent ou même se développent des accueils illégaux auxquels il est difficile de mettre fin. Or, ils n'offrent pas toujours des conditions d'accueil suffisantes, accumulent le nombre d'accueillis ou se font rémunérer sur des bases problématiques.

¹⁹ - la Prestation Spécifique Dépendance vient en partie compenser cet oubli. Elle permet à la personne dépendante d'employer un ou plusieurs membres de sa famille, à l'exception de son conjoint ou de son concubin

Par définition, tous les accueils clandestins n'ont pu être identifiés. Des accueillants ne se sont jamais déclarés et continuent leur activité hors de tout regard et de toute intervention sociale. Tant que des prestations financières ou un tuteur ne sont pas sollicités, il est à priori impossible de les repérer.

Dans certains cas, c'est la complexité de situations familiales peu lisibles qui fait hésiter quant à l'agrément. Doit-il être attribué lorsque le demandeur souhaite accueillir le fils adulte de son conjoint avec lequel il n'a donc pas de lien de parenté, ou lorsque une personne veut être rémunérée par son ancien concubin aujourd'hui dépendant et dont elle s'occupe ?

La circulation d'argent entre accueillis et accueillants, base susceptible de légitimer un droit de regard du corps social, n'est pas évidente à connaître, et le cas échéant à prouver. De plus, en l'absence d'un tel échange, s'agit-il d'accueil familial entrant dans le cadre de la loi ou d'une cohabitation privée, assimilable à la précédente. Et dans ce cas, comment doit-elle être contrôlée ? Ou encore que penser de certains accueils "hors la loi" qui s'organisent autour d'un échange non financier, mais relevant de la participation aux travaux de l'exploitation agricole par exemple ?

Les réelles possibilités d'intervention des départements pour interdire des accueils par des particuliers non agréés, ou auxquels vient d'être retiré l'agrément, sont limitées. Faute de pouvoir provoquer, dans ces circonstances, le départ des personnes accueillies, se pérennisent des accueils hors la loi qui incitent d'autres familles d'accueil à faire de même.

Incitation accentuée par le fait que les avantages offerts par le cadre légal ne compensent pas les contraintes que sont l'agrément, un contrat et l'obligation de supporter contrôle et suivi, au point que certains accueillants le délaissent, voire ne veulent rien en savoir.

Ainsi, des familles refusent de se faire agréer, ou continuent d'accueillir après un retrait agrément. Quelle conduite faut-il tenir lorsque, par exemple, la famille d'une personne accueillie souhaite que l'accueil se poursuive alors que l'accueillant n'est pas ou plus reconnu par l'agrément départemental ?

Des accueils hôteliers multifacettes

Agréés ou non, se développent des accueils dans lesquels le caractère familial fait place à l'argument hôtelier, tel qu'on le constate dans ces annonces²⁰ parues sous la rubrique "famille d'accueil" :

- "Famille d'accueil agréée propose très bel appartement particulier de 55 m²"
- "Résidence familiale, personnes valides, semi valides, plein pied tout confort, jardin, calme, TV, téléphone. Pension une personne 5800F/mois"

Parfois, l'offre prend l'allure d'une pension de famille, solution ancienne qui relève d'autres réglementations :

- "Dans joli village prend en pension deux dames dans grande maison tout confort - vie de famille"
- "Couple retraité prendrait en pension dame valide, vie de famille"

Ainsi, le concept d'accueil à domicile permet de proposer un très bel appartement ou une pension de famille sans que l'on sache si, dans ce cas, les personnes ont un agrément ou une habilitation, et sans que l'on puisse appréhender la notion de vie familiale même quand elle est mentionnée.

Bien que de coloration hôtelière, soit ces accueils entrent dans le cadre de la loi et sont peu ou prou supervisés ce qui limite à minima les dérives, soit ils en sont exclus et dans ce cas, l'activité commerciale qui les fonde doit être contrôlée par l'administration fiscale au titre des bénéficiaires industriels et commerciaux, ce qui suppose l'exercice d'une activité libérale pleine et entière. La question de la protection des personnes reste posée.

²⁰ - revue "notre temps" n°333 de septembre 1997 page 139. Sous la rubrique accueil familial, ces 4 annonces se suivent

Des établissements "familiaux"

L'interprétation des besoins des accueillis en terme d'hébergement amène des particuliers à proposer des accueils collectifs de petite taille, sorte de mini-établissements. Mais, au-delà du seuil de 3 accueillis, il est en principe requis d'obtenir une habilitation pour ouvrir un établissement²¹. Démarche administrative vers laquelle ne se tournent pas facilement les particuliers.

Une telle éventualité se concrétise lorsque deux adultes résidant ensemble demandent chacun un agrément pour accueillir trois personnes, ce que le flou du texte permet, même si peu de départements l'acceptent. Où se trouve alors la limite entre accueil familial et accueil collectif ?

Des projets immobiliers

Sous la noble appellation du "vivre en famille", des consortiums financiers ont inventé le moyen de vendre des projets immobiliers, proposant même dans leur élan une charte. Il repose sur l'achat par plusieurs familles, qualifiées "d'hôtesse familiale", d'ensembles immobiliers regroupant des espaces communs afin que chacun, à tour de rôle, puisse prendre en charge le groupe des personnes accueillies.

Heureusement, la limite prévue par la loi de trois accueillis maximum par personne agréée rend difficile l'équilibre financier d'un tel projet qui suppose un nombre d'accueillis par hôtesse plus important afin de rembourser les crédits et de dégager de cette étrange activité un minimum de rémunération.

²¹ - habilitation qui s'obtient auprès du Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale

Des gouvernantes

Il s'agit d'une solution mise en place par des organismes de tutelle pour des majeurs protégés. Des personnes handicapées sont colocataires d'un appartement et co-employeurs d'une gouvernante. Celle-ci est embauchée lorsque cinq majeurs protégés peuvent lui être confiés et installés dans deux appartements mitoyens ou voisins d'étage, à proximité de chez elle. Les gouvernantes assurent le quotidien des personnes et animent des activités.

Cette réponse atypique, et certainement intéressante, offerte à des populations socialement dépendantes, s'appuie sur la législation relative aux emplois de proximité et sur le régime légal de la tutelle.

Une marge déjà traditionnelle : les lieux de vie

La culture même des lieux de vie est d'être à la marge de tous les autres modes d'accueil, y compris donc de l'accueil familial. Plus ou moins reconnus²², les lieux de vie/lieux d'accueil fondent leur activité sur un accueil communautaire de populations en difficultés, le plus souvent jeunes.

Bien qu'ils soient proches des familles d'accueil, notamment lorsque l'accueil est assuré par un couple aidé ou non par des collaborateurs plus ou moins occasionnels, une distinction fondamentale les différencie. Celle-ci porte sur le projet qu'élabore tout lieu de vie, et qui est proposé aux services publics et privés qui ont besoin de solutions de prise en charge hors les murs pour des populations déstabilisées, alors qu'une famille d'accueil s'inscrit dans le projet d'une institution ou d'un service qui développe l'accueil familial pour prendre en charge les personnes qui lui sont confiées.

Bien évidemment, cette distinction n'est effective que lorsque les familles d'accueil travaillent dans le cadre d'un dispositif organisé d'accueil familial. Ce qui n'est pas toujours le cas de l'accueil familial social quand il laisse les accueillants totalement maîtres d'œuvre des accueils qu'ils proposent.

²² - le seul texte réglementaire évoquant les lieux de vie/lieux d'accueil est la circulaire n°83-3 du 27 janvier 1983 relative aux placements d'enfants en Structure d'Accueil non Traditionnelle (SANT)

4.6. Des intermédiaires plus ou moins légaux, reconnus ou innovants

Ne pas désigner et instaurer formellement un organisme de placement régulant le marché de l'offre ou de la demande, et se posant en tiers organisateur de l'accueil, laisse place à l'initiative d'associations ou de services qui répondent à ces besoins lorsque les départements ne les ont pas traité.

Ces services proposent parfois une prestation indispensable, et tentent alors de se faire reconnaître et rétribuer. Cependant, dans quelques circonstances, les intentions manquent de clarté.

Certaines de ces prestations peuvent entrer dans le cadre de la loi qui prévoit que des missions de suivi puissent être déléguées à des institutions ou à des associations, ce qui est le cas dans de nombreux départements.

Mais, parfois, des organismes agissent de leur propre initiative, tentant alors de se faire légitimer par le département. La loi ne prévoyant pas de tels intermédiaires, il est alors justifié de se demander quel est leur véritable statut et leurs responsabilités.

Ces prestations trouvent leur aboutissement lorsqu'une institution, non seulement devient intermédiaire de placement, mais également employeur des familles d'accueil, ce qui n'est donc pas prévu par les textes. C'est par exemple le cas d'une association²³ qui organise les vacances en famille d'accueil de personnes handicapées.

Dans cette logique d'action, certains établissements²⁴ pour handicapés ont organisé de véritables services de placement familial avec des familles d'accueil rémunérées par leurs soins, agissant alors comme si ces dispositions²⁵ indispensables étaient possibles.

²³ - il s'agit de l'association PÉRISCOPE qui a recruté des familles d'accueil dans le département des Deux-Sèvres

²⁴ - c'est le cas d'un institut médico-éducatif, dans les Alpes de Haute-Provence qui a étendu ses activités en créant dès 1990 un service de placement familial spécialisé qui accueille une "soixantaine d'adultes relevant de Maison d'Accueil Spécialisé ou de Foyer Occupationnel."

²⁵ - le décret mentionné dans l'article 5 de la loi du 10 juillet 1989, qui devait préciser les conditions d'organisation du placement familial pour handicapés, n'a jamais été publié

D'autres expériences, à priori moins abouties, mélangent plusieurs registres et peuvent parfois être considérées avec suspicion, telle cette association qui favoriserait "la mise en relation de personnes âgées, handicapées, mineures, malades ou convalescentes" avec des familles qui accueillent "sous leurs propres toits ou en logements indépendants".

En général, ces prestations payantes ne sont possibles que parce que les familles d'accueil ne connaissent pas toujours leurs droits, et ne savent pas plus que les accueillis gérer les différents éléments de l'accueil.

Ainsi, une association de familles d'accueil, dans le but d'améliorer les conditions de travail des familles d'accueil, se dispose notamment à rédiger les bulletins de paye.

Dans un autre ordre de besoins, ces offres de prestations se justifient par la nécessité d'inventer des réseaux de familles d'accueil, notion qui justifie le pire et le meilleur. Certes, les familles d'accueil ont besoin d'aide qui, si elle n'est pas apportée par un tiers mandaté, peut être trouvée dans l'appui d'autres familles d'accueil pour, par exemple, se faire remplacer ou organiser avec les personnes accueillies des activités communes.

Ces réseaux ne se constituent pas magiquement, ils demandent une action concertée entre plusieurs partenaires et une réelle inscription dans le tissu social.

Dans cette perspective, et afin de diversifier l'activité en zone rurale, l'AFIP²⁶ s'est donnée pour objectifs d'accompagner les dynamiques rurales, de décloisonner et d'impliquer les acteurs concernés autour de projets de réseaux de familles d'accueil.

²⁶ - Association de Formation et d'Information Pour le développement d'initiatives rurales

CHAPITRE III

LES FAMILLES D'ACCUEIL

C'est sur les familles d'accueil que reposent la pertinence et les limites de l'accueil familial comme mode d'hébergement ou comme traitement thérapeutique. C'est à dire sur leur capacité à mettre à la disposition d'autrui leur toit autant que leur moi familial. Capacité faite d'attention, de soins quotidiens, de disponibilité, de permanence, d'écoute, bref de préoccupation familiale primaire matérialisant un espace d'accueil tant physique que psychique.

Autant d'éléments difficiles à appréhender en termes d'actes professionnels identifiables sans dénaturer l'essentiel, à savoir un mode de présence et de relation dans un cadre familial qui distribue des places, des rôles et des fonctions à chacun.

Autant de raisons qui demandent que l'on réfléchisse au sens à donner au travail des familles d'accueil afin d'en saisir et d'en "utiliser" la spécificité ou d'en prévenir les dérives, et afin de les aider à ne pas céder à des besoins auxquels leur vie familiale et elles-mêmes n'ont pas à répondre.

Les attitudes plus ou moins spontanées, ou attendues, des familles d'accueil dépendent de multiples facteurs dont, entre autres, les motivations qui les ont poussées à l'exercice de cette activité, les représentations que chacun peut s'en faire, ou encore les modèles auxquels tout professionnel tente de s'identifier.

Or, ces attitudes se manifestent aujourd'hui dans un cadre qui ne permet pas toujours de les interpeller lorsqu'elles s'éloignent d'un idéal d'accueil familial. Encore faut-il raisonnablement se mettre d'accord sur les contours de cet idéal.

S'il s'agissait de familles d'accueil pour enfants, certaines de ces questions se résoudraient plus simplement. En effet, les assistantes et assistants maternels sont des professionnels aux responsabilités et au statut définis, sans que, pour autant, l'on puisse faire l'économie d'une réflexion sur leur fonction et sur leur place de professionnels travaillant avec d'autres professionnels.

1. QU'EST-CE QU'UNE FAMILLE D'ACCUEIL ?

La terminologie "famille d'accueil" utilisée couramment avive des registres émotionnels forts. Lourde de sens et peu explicite, elle nécessite d'être explorée. Qu'est-ce donc qu'une famille ? A quelles intentions familiales référer l'accueil ? Qu'induit la juxtaposition des deux termes "famille" et "accueil" dans les représentations de cette activité ?

Le terme famille est un signifiant évocateur à chacun pour en être le fruit, pour l'avoir connue, pour y puiser ses racines, pour s'en être séparé plus ou moins aisément, ou pour l'avoir reproduite. Malgré son universalité, la famille est un groupe humain éminemment variable selon les époques et les cultures, même si, pour nous, le terme désigne jusqu'au 17ème siècle l'ensemble des personnes vivant sous le même toit.

Conception à relier à l'obligation faite aux familles d'accueil d'héberger dans leur logement.

Etymologiquement, l'idée de parenté ne vient que tardivement. De toute manière, la famille comme mode d'inscription d'un être humain dans une lignée n'est pas ce qui est explicitement attendu des familles d'accueil. Cependant, cet aspect ne sera pas sans retentissement tant pour les accueillants que les accueillis et leur famille.

Quant au terme accueil, quelle définition en retenir ? Si, aujourd'hui, il signifie "recevoir favorablement, aider, protéger" que l'on retrouve dans l'expression "faire bon accueil", on sait également combien le bon accueil peut autant qualifier le sourire distrait d'une hôtesse que la profonde empathie manifestée à la personne que l'on reçoit. Palette d'intentions dont certaines semblent totalement insuffisantes pour répondre aux besoins des personnes... accueillies.

L'accolement des deux termes sert avant tout à distinguer ces familles de celles pour lesquelles la fonction d'accueil est structurelle à leur constitution. Une famille ne se constitue-t-elle pas en accueillant un enfant ? Cette distinction assigne donc la nature des rapports qui, entretenus par les accueillants et l'accueilli, sont constitutifs d'une famille d'accueil.

Cependant, l'entité famille d'accueil ainsi distinguée demeure un objet social difficilement identifiable lorsqu'on s'intéresse à ses différentes caractéristiques (statut, reconnaissance professionnelle) et à la place qu'elle occupe dans les dispositifs de prise en charge des personnes dépendantes.

Un objet social si peu identifiable que la terminologie officielle ne désigne que le "particulier qui accueille", évitant de qualifier son entourage de familial, à deux exceptions près lorsqu'il est fait mention d'un placement familial pour les handicapés ou de l'accueil familial thérapeutique pour les malades mentaux. De plus, si spontanément le terme famille d'accueil est préféré à d'autres, il ne doit pas être oublié que son usage a été précédé ou juxtaposé à des appellations plus ou moins adaptées (logeurs, nourriciers ou gardiens) qui donnent au travail des familles d'accueil des colorations peu adaptées.

Paradoxalement, c'est dans ce contexte de non-dit officiel que l'environnement familial de tout candidat à l'agrément est recherché et évalué.

Dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique, trois constellations familiales sont possibles, réunies sous le vocable "unité d'accueil familial thérapeutique". Bien que plus précise, cette appellation n'est pas sans ambiguïté car l'unité désigne autant les familles d'accueil que les équipes d'accueil familial qui se donnent parfois cette dénomination.

Ainsi, un établissement de soins peut recruter une famille au sens traditionnel du terme, une famille thérapeutique ou une communauté thérapeutique. Manifestement, le choix est celui d'une grande souplesse qui permet d'avoir recours, en fonction des besoins, à des organisations familiales diverses.

La famille traditionnelle n'est pas définie. Le caractère traditionnel de la famille n'étant immuable ni dans l'espace ni dans le temps, et la tradition familiale n'étant plus toujours respectée dans au moins un tiers des foyers fiscaux, il est donc laissé libre cours à la fantaisie de chacun.

Cependant, si cette notion est peu explicite, elle semble impliquer que les deux figures parentales soient représentées.

La composition de la "famille thérapeutique", bien que mentionnée, n'apporte pas d'informations susceptibles de la distinguer de la famille traditionnelle. Elle regroupe deux adultes des deux sexes, sans que l'on connaisse la nature du lien qui les unit, ou la présence ou non d'autres personnes dans le milieu familial.

En fait, la différenciation porte sur les fondements mêmes de la famille : alors qu'une famille dite traditionnelle se constitue autour d'une rencontre sexuée entre deux êtres, une famille thérapeutique est artificiellement créée pour assurer un accueil de nature familiale, sans autres précisions sur ses caractéristiques.

Cette configuration existe dans quelques établissements où deux professionnels acceptent de travailler autrement que dans le contexte institutionnel classique.

Enfin, la communauté thérapeutique s'apparente à la famille thérapeutique élargie : plusieurs adultes assurent un accueil à caractère communautaire non défini dans ses particularités, ni dans ses limites. A ce titre, cet accueil communautaire se rapproche des accueils proposés par certains lieux de vie et permet d'envisager des prises en charge collectives proches de celles des foyers thérapeutiques par exemple.

Aucune de ces définitions et de ces constellations familiales n'étant définitivement opérantes, des inventions terminologiques ont été proposées, notamment "assistant en accueil familial". Vocable qui prétendait se rapprocher de celui d'assistante maternelle, avec l'espoir que ce rapprochement conceptuel serait suivi d'une harmonisation du statut des accueillants d'enfants et des accueillants d'adultes.

Dernièrement, l'appellation "accueillant familial" a fait son apparition.

Enfin, il existe les réseaux de familles d'accueil pour toxicomanes dont l'une des particularités est de travailler avec des configurations familiales d'une très grande diversité, des plus traditionnelles au plus informelles.

2. UN PROFIL DES FAMILLES D'ACCUEIL ?

L'accueil familial des adultes occupe au moins 11 000 familles²⁷. La grande majorité exerce dans le cadre de l'accueil familial social : près de 9000 personnes sont agréées pour l'accueil de personnes âgées et/ou handicapées. Les autres travaillent dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique.

Peu nombreuses, les familles accueillant des toxicomanes ne sont pas mentionnées dans l'analyse qui suit.

Quelque soit le cadre d'exercice de l'activité, il s'agit très majoritairement de femmes ayant entre 40 et 60 ans. Leur âge est sensiblement plus élevé lorsqu'elles accueillent des personnes handicapées.

Les quelques agréments délivrés à des hommes concernent plutôt l'accueil de handicapés.

Le plus souvent, les personnes agréées vivent en couple, avec ou sans enfants présents au domicile. Néanmoins, 20% des personnes agréées vivent seules et plutôt sans enfant. Cette situation ne concerne que 3% des familles d'accueil travaillant avec les hôpitaux.

Pour une large majorité, les personnes agréées ont exercé une activité professionnelle antérieure à celle d'accueil. Cependant, la plupart se trouvait sans activité au moment de la demande d'agrément.

Enfin, la quasi-totalité des personnes agréées vivent dans des maisons individuelles dont elles sont propriétaires, le plus souvent en habitat groupé. L'habitat isolé reste néanmoins important.

Se dessine ici un profil général des familles d'accueil : la responsabilité de l'accueil est assurée par des femmes entourées de leur famille, qui ont élevé leurs enfants, sont propriétaires de leur logement, ont exercé une autre profession, et se sont orientées vers l'agrément, alors qu'elles n'avaient pas ou plus d'activité professionnelle. Parfois, et notamment pour l'accueil de handicapés, l'activité s'inscrit dans la continuité de l'accueil d'un enfant.

²⁷ - sans compter, bien entendu, les "familles d'accueil" qui n'entrent pas dans le cadre de la loi et dont le nombre est inévaluable

Si la tradition est respectée qui veut que le travail à domicile soit davantage réservé aux femmes qui semblent plus aptes à répondre aux besoins d'attention, de maternage ou de nursing, qu'en est-il des difficultés spécifiques qu'elles pourraient rencontrer lorsqu'elles accueillent des hommes ? En effet, les accueillis étant majoritairement des hommes handicapés, une femme doit éprouver quelques réticences à les aider dans leur quotidien lorsque celui-ci consiste à veiller à leur toilette ou à leur prodiguer des soins corporels.

Les agréments de personnes seules obligent à réfléchir à la notion de vie familiale et à trouver des solutions hors du domicile pour assurer la continuité de l'accueil. Le fait que les établissements de soins travaillent plutôt avec des couples peut être rapporté à la lourdeur des prises en charge de certains malades mentaux, et surtout à la nécessité de pouvoir incarner les deux pôles parentaux.

Pour autant, les familles thérapeutiques ou les communautés thérapeutiques sont peu utilisées par les établissements de soins faute de savoir distinguer ces configurations familiales qui apparaissent très voisines.

L'habitat individuel suppose davantage d'espace dans la maison mais également autour, offrant même la possibilité d'activités extérieures. Cependant, lorsque l'habitat individuel est isolé, il rend difficile les échanges ou les contacts, notamment pour des personnes handicapées ou des malades mentaux qui restent à plein temps dans la famille d'accueil et ne peuvent bénéficier d'un l'environnement socio-économique contribuant à leur réinsertion ou facilitant des prises en charge annexes.

3. LE STATUT

En raison de sa nature, l'activité des familles d'accueil échappe à la reconnaissance traditionnelle d'une activité rémunérée. Ainsi, aucun statut, aussi précis et avantageux soit-il, ne pourra prendre en compte ses aléas et répondre à ses contraintes spécifiques. Néanmoins, envisager cette activité en tant que métier requiert d'en définir les caractéristiques et permet de l'inscrire dans le cadre de pratiques sociales identifiées.

En admettant la définition selon laquelle le statut est l'ensemble des textes (lois et règlements) qui régissent la situation d'une personne ou le fonctionnement d'une institution, les éléments de la loi traduisent un statut hybride et inapproprié qui n'offre pas aux accueillants une rémunération et des conditions de travail acceptables. Insuffisances renforcées par les disparités existantes d'un département à l'autre.

Ces dispositions concernent le plus grand nombre des familles d'accueil, c'est à dire celles qui pratiquent leur activité dans le cadre de l'accueil familial social. Lorsqu'elles sont employées par un établissement de soin, elles bénéficient en principe d'un statut plus élaboré. Cependant, l'imprécision des textes autorisant des interprétations divergentes, leur rémunération et leur statut sont également disparates selon les établissements.

3.1. Un statut incohérent

Les familles d'accueil exercent une activité libérale sous condition. Elles doivent être agréées et signent un contrat avec la personne accueillie. Dès lors, leur prestation d'accueil devient une activité rémunérée sans pour autant leur octroyer les droits et avantages des salariés.

L'aspect libéral découle de leur maîtrise de l'activité qu'elles choisissent en accueillant telle ou telle personne, ce sans lien de subordination à un employeur qui leur imposerait ses normes de travail (excepté dans l'accueil familial thérapeutique).

La définition de leur activité dépend des éléments du contrat, de la rémunération notamment, mais surtout de la spécificité de la prestation d'accueil offerte.

Les familles d'accueil sont des prestataires au service d'un client en situation de monopole qui, dans ces circonstances, prend les allures d'un employeur.

Le contrat, seul pilier légal, est un contrat particulier... entre particuliers qui confine les familles d'accueil dans un statut juridiquement inclassable. Ce d'autant que les dispositions en matière de rémunération les assimilent à des non-salariées au regard du code du travail, à des salariées au regard de la sécurité sociale et de la fiscalité, à des prestataires de service et à des loueurs de chambres qui peuvent être ou non meublées.

Cette solution bâtarde a été retenue afin de minimiser les coûts de l'accueil familial. Désigner un réel employeur des familles d'accueil aurait impliqué des bases de rémunération plus réalistes, des cotisations sociales, et surtout des dispositions concrètes en matière de repos ou de cessation d'activité (comme c'est le cas pour les assistantes maternelles).

3.2. Des contraintes lourdes

Cette solution s'avère d'autant plus inacceptable que la définition légale de leur travail n'en retient que des contraintes lourdes et le place sous surveillance. Ainsi, la nécessité d'assurer la continuité de l'accueil n'est compensée ni par des dispositions réalistes permettant aux familles d'accueil de bénéficier de temps de repos indispensables, ni par des niveaux de rémunération adaptés.

Enfin, le paradoxe de leur statut est renforcé par le suivi et le contrôle que doivent accepter les familles d'accueil. Interventions inadéquates et mal vécues, d'autant que, maîtres d'œuvre de leur travail et face à sa complexité, les familles demandent plutôt aide et soutien.

3.3. Des rémunérations disparates

En fait, davantage qu'un statut des personnes, c'est un statut de la rémunération que la loi instaure, et plus précisément un statut fiscal des trois éléments qui la composent.

Le premier élément consiste en une "rémunération journalière pour service rendu", à laquelle s'ajoutent des "indemnités de sujétions particulières".

Calculée en minimums garantis, elle ne peut être inférieure à 2, son maximum étant fixé par le président du conseil général (ou le directeur de l'hôpital lorsque celui-ci utilise ce format de rémunérations).

Imposable, la rémunération est soumise à des cotisations sociales, avec cependant la possibilité d'une exonération de la part patronale si "l'employeur" est une personne âgée de plus de 70 ans ou une personne handicapée reconnue avec un handicap d'au moins 80%. Non considérée comme un salaire, elle n'ouvre droit ni aux allocations chômage, ni à des congés payés.

Bien entendu, l'exonération de charges ou de droits ne s'applique pas à l'établissement hospitalier employeur.

La fixation du maximum par chaque département est la source de disparités qui confirment souvent celles relatives à l'obtention de l'agrément ou à la qualité du soutien que les familles d'accueil peuvent attendre. Selon les départements, et pour un travail similaire, la fourchette de rémunération, majorations pour sujétions comprises, varie de 4 à 14,5 minimums garantis²⁸.

Est donc rétribué un travail qualifié de "service rendu" sans donner à ceux qui le pratiquent certains des avantages sociaux liés à une activité professionnelle.

Dans cette logique, la rémunération journalière dépendant de la présence de la personne accueillie, elle fluctue au rythme des allers et retours de celle-ci pour rendre visite à sa famille ou bénéficier de soins en établissement.

Le calcul des sujétions particulières, en principe appuyé sur les grilles de dépendance des personnes, ne prend pas toujours en compte la réalité quotidienne. En effet, une dépendance peut paraître légère dans un certain contexte et pour certains professionnels alors qu'elle peut se révéler lourde pour une famille d'accueil, et inversement. De plus, la dépendance ou l'autonomie évoluent.

²⁸ - fin 1998, le minimum garanti vaut 18,39 francs. Ceci porte l'échelle de rémunération mensuelle de 2200 à 8000 francs

Dans cette situation, les sujétions particulières deviennent un apport financier à double tranchant : schématiquement, leur augmentation les apparente à une prime à la famille d'accueil afin que s'accroisse la dépendance ; les diminuer pénalise une famille d'accueil qui a contribué à l'autonomisation de la personne accueillie.

Le deuxième élément de la rémunération s'intitule "indemnité représentative des frais d'entretien". Également calculée en minimums garantis, sa fourchette est fixée entre 2 et 5. Recouvrant en principe les frais engagés pour l'accueilli, cette rémunération n'est ni imposable, ni soumise à cotisations sociales.

Son montant dépend de la nature des prestations offertes. Sa détermination suppose une négociation entre les contractants, mais elle recouvre des frais d'entretien dont le coût, la qualité et la spécificité (dépendants de l'état des personnes) sont difficilement évaluables à priori.

L'arbitraire et le manque de précision quant à ce que recouvre cette indemnité supposent que les deux parties soient aidées, soit par une grille, soit par la présence d'un tiers.

Le loyer est le troisième et dernier élément de la rémunération. Imposable selon les règles de droit commun, son montant s'apprécie en fonction de circonstances locales (prix pratiqués dans le secteur) et particulières (confort de la chambre). Il ouvre droit à l'allocation-logement versée à l'accueilli. Il peut-être cause d'un retrait d'agrément s'il se révèle abusif.

Le loyer confirme la dimension locative de l'accueil familial, (répond-il à la seule chambre ou permet-il une utilisation des autres espaces familiaux ?), est source de confusion (qui est chez qui ?) et n'a apparemment pas d'autre intérêt que d'atténuer la charge financière des conseils généraux.

L'ensemble de ces éléments participent à une définition floue de l'accueil familial en mêlant plusieurs chapitres dont une partie rémunère un travail, une deuxième une prestation de service et une troisième la location d'un logement.

Recrutées et rémunérées par un établissement de soins, les familles d'accueil sont soumises à des interprétations locales des textes. Certains établissements leur ont donné un statut équivalent à celui des assistantes maternelles, alors que d'autres s'appuient sur celui "de collaborateur occasionnel du service public hospitalier"²⁹. Enfin, des établissements sont restés au plus près des conditions prévues dans le cadre de l'accueil familial social³⁰.

Dans tous les cas, les unités d'accueil familial thérapeutique bénéficient d'une rémunération légèrement plus importante. En effet, elles perçoivent une "indemnité de soutien" qui s'ajoute aux trois chapitres précédemment évoqués. Assimilable à la rémunération journalière pour service rendu, cette indemnité constitue un complément de salaire et reconnaît le travail particulier qui peut être demandé aux familles qui accueillent des malades mentaux.

Le loyer, qui apparaît également dans ce format des rémunérations, peut être à l'origine de méprise ou même de confusion. En effet, dans certaines circonstances, la notion de loyer prend le pas sur les autres éléments de la rémunération. L'hôpital est alors considéré comme louant des chambres chez l'habitant et peut être exigeant sur leur aménagement qui doit répondre à des normes hospitalières de confort. Les familles d'accueil sont considérées comme des logeuses, ou même comme cela a été écrit dans un règlement intérieur comme des "surveillantes de leur unité d'hospitalisation". Qu'en est-il alors de l'accueil familial ?

Cependant, une distinction fondamentale existe entre ces unités d'accueil familial thérapeutique et les "particuliers" de l'accueil social : quelles que soient les règles appliquées en matière de rémunération, de conditions de travail ou de congés annuels, l'accueillant employé d'une personne publique a la qualité d'agent public. Cela signifie qu'en cas de litige, le juge administratif sera compétent, et non le juge judiciaire.

De plus, ces statuts obligent l'employeur, service public et non personne privée, à prévoir des indemnités de congés payés, voire de licenciement et à verser la totalité des cotisations sociales.

²⁹ - décret n° 91-155 du 6 février 1991

³⁰ - une note d'orientation du 27 décembre 1991, émanant de la direction des hôpitaux, en précise les éléments et les cotisations afférentes

4. UNE RECONNAISSANCE DES FAMILLES D'ACCUEIL ?

L'activité des familles d'accueil est si spécifique qu'aucun statut professionnel ne pourra prendre en compte cette particularité qui consiste à travailler avec son environnement familial comme outil. Néanmoins, il y a urgence à la reconnaître afin d'en préciser les caractéristiques et les limites, et de sortir du flou actuel.

De plus, cette reconnaissance est corrélative de la définition de dispositifs d'accueil familial et de la place qu'ils pourraient prendre dans la panoplie des aides aux personnes.

Des mesures générales sont donc à prévoir afin de déterminer les conditions et le cadre d'exercice de l'activité "famille d'accueil" tout en l'intégrant à des dispositifs de prise en charge existants ou à créer. Ceci afin de s'extraire du paradoxe d'une activité voulue comme libérale et placée sous contrôle de l'administration.

Des liens de partenariat ou de subordination sont donc à établir afin que les familles d'accueil œuvrent avec l'aide et le soutien de réseaux sociaux ou médico-sociaux, ou soient considérées comme des personnels de services organisés et structurés d'accueil familial.

Ainsi pourrait être donnée à cette activité des contours plus opérationnels permettant de penser des projets adaptés et complémentaires dépassant le seul besoin d'hébergement.

Sur l'autre plan, l'amélioration du statut des familles d'accueil est à envisager afin d'éradiquer les disparités actuelles, d'harmoniser les modes d'accueil social, thérapeutique, d'enfants et d'adultes, et de trouver des réponses adaptées à la spécificité de l'activité d'accueil.

De quels droits du travail les accueillants peuvent-ils bénéficier ? Ont-ils droit à des congés ? Est-il prévu un âge pour la retraite ? Peuvent-ils bénéficier d'arrêt maladie, d'accident du travail ou encore d'indemnités de chômage ?

5. FAMILLES D'ACCUEIL AU QUOTIDIEN

Comment décrire le travail des familles d'accueil sans se perdre dans une énumération fastidieuse, et dans tous les cas incomplète, des tâches et fonctions qu'elles assurent au quotidien.

Nourrir, héberger, veiller à l'hygiène voire laver, soigner, raser, couper les ongles, coiffer, habiller. Nettoyer la chambre, ranger les armoires, entretenir le linge. Surveiller la prise de médicaments, donner des limites, rassurer, responsabiliser, faire confiance, faire participer, occuper. Dialoguer, écouter, éduquer, apprendre, répéter, stimuler, encadrer, motiver. Aider, accompagner, s'intéresser à leur histoire, transporter, recevoir les parents, comprendre, interpréter...

Du ménage aux relations humaines, de la surveillance à l'attention bienveillante, l'éventail du travail des familles d'accueil est infini, et en dresser l'inventaire ne permet pas d'en saisir le sens, les limites et la portée. Aucune rationalisation ne rend compte de l'essentiel, à savoir que ces activités se déploient dans un cadre familial qui fonctionne avec ses propres registres inconscients et structurants, à la croisée des représentations, des motivations, de la demande sociale ou institutionnelle.

Profondément, ce qui est mobilisé, c'est de la famille et des affects qui engendrent de l'attachement et de l'appartenance. En fait, les familles d'accueil donnent "de la famille", ce qui requiert de questionner la place de l'environnement familial dans la construction ou la réparation du sujet.

De plus, donner "de la famille" suppose des limites à ce don. Quelles sont les parts de famille qui peuvent être ainsi partagées sans heurter la sensibilité d'autres marques familiales originelles ?

Pour un enfant, donner "de la famille" se rapporte au maternage à prodiguer dans un contexte où des images parentales structurantes vont suppléer des attentions parentales défaillantes. Mais, pour un adulte âgé ou handicapé, qu'en est-il ?

En ce sens, vouloir distinguer l'activité des familles d'accueil selon que son cadre d'exercice est l'accueil familial social ou l'accueil familial thérapeutique devient artificiel tant elles sont toutes impliquées de manière similaire. La différence fondamentale porte sur le projet d'accueil qui donne une orientation à leur travail et n'apparaît pas dans le premier cas alors qu'il fonde le dispositif du second.

Les obligations "professionnelles" auxquelles sont astreintes les familles d'accueil ne disent pas grand-chose des effets de l'être-là familial qui, au quotidien, va modeler l'autre et les rapports de soi à l'autre selon les identités, les places et les rôles que chacun attend de jouer sur cette scène familiale dite d'accueil.

5.1. De quelques obligations

Les obligations des familles d'accueil sont définies par les conditions d'agrément, à savoir qu'il s'agit d'une part d'assurer santé, sécurité et bien-être physique et moral de l'accueilli, ce de façon continue ou en ayant prévu des solutions de remplacement, et d'autre part d'accepter un suivi social et médico-social.

Tout le monde peut s'accorder sur ce vague catalogue d'intentions. Pour autant, il éclaire peu sur les préoccupations quotidiennes alors que la vie familiale exige des conceptions claires afin de tracer les limites des rapports entre famille d'accueil et personnes accueillies.

Les références légales ne peuvent servir tant elles sont inadaptées ou imprécises.

Ainsi des échanges financiers qui, s'ils sont réglementés (une famille d'accueil ne peut être tuteur de la personne qu'elle accueille - les dispositions testamentaires sont interdites), ne lèvent pas la confusion qu'engendre le versement direct de la rémunération à la famille d'accueil par l'accueilli. Qu'est-il réellement rémunéré ? L'attention, l'affection, l'hôtellerie ?

Même si recevoir un legs de la personne accueillie est prohibé dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique, qui peut mettre fin à des échanges de petits ou de gros cadeaux qu'un accueilli peut avoir envie de faire à sa famille d'accueil ? Offrir un poste de télévision à Noël pour remplacer le vieil appareil qui a été sujet de plaintes lors des repas familiaux reste-t-il un cadeau ou devient-il une forme de legs ?

Symboliquement, les échanges financiers représentent bien autre chose que de la circulation d'argent. Il s'agit d'amour et de marchandage de l'amour, difficilement interrogeables.

Dans un autre registre, comment cerner les limites du quotidien partagé qui n'a pas été toujours rose, en matière d'occupation ou d'activité des personnes accueillies par exemple. Rappeler qu'il est interdit³¹ de faire travailler la personne accueillie, sauf accord particulier dans un but de réinsertion et en prévoyant alors une rémunération, est la moindre des choses quand on constate que plus de la moitié des handicapés en accueil familial social a moins de 40 ans, et quand on se souvient qu'une certaine tradition d'accueil repose sur le travail qu'ont fourni ces dociles travailleurs.

Enfin, qu'en est-il du savoir sur l'autre et de sa confidentialité appréhendables en terme de discrétion ou de secret professionnel ? Les intervenants doivent-ils, partager avec les familles d'accueil certains aspects de ces savoirs, alors que quelques affections méritent des précautions afin que le partage familial ne soit pas cause de leur transmission ?

Ce point relatif à la responsabilité alimente les rapports entre les accueillants et les autres professionnels souvent soupçonnés de cacher quelque chose à propos des comportements ou des difficultés de la personne placée.

Que doivent dire ou que peuvent dire les équipes aux familles d'accueil ? Sachant que parfois, et notamment dans le cadre de l'accueil des handicapés ou des malades mentaux, quoi qu'il puisse être dit, les familles d'accueil soupçonneront toujours qu'il leur est caché quelque chose, soupçon qui se confirme dans le quotidien quand, apprenant à reconnaître les réelles difficultés des accueillis, elles déplorent de ne pas en avoir été informées par des équipes moins au fait des troubles relationnels constatés.

³¹ - alors que la loi reste muette sur ces aspects, l'article 11 de l'arrêté du 1/10/90 énumère les obligations et les interdictions auxquelles sont soumises les familles d'accueil

5.2. Etre et vivre avec

Faute de pouvoir tout dire du travail des familles d'accueil, des expressions telles que "vivre avec" ou "être avec" sont parfois utilisées. Elles ont l'avantage de concerner autant accueillant que accueilli qui, chacun, vont vivre avec et être avec. Plus profondément, elles convoquent l'autre et ses multiples représentations avec lesquels se construisent les différents registres d'une relation où se mêlent affinités, attirances, rejets.

Cependant, les distinguer permet de réfléchir d'une part aux registres du vivre avec, et d'autre part aux sources qui alimentent l'être dans son rapport avec l'autre.

Le vivre avec peut contribuer à repérer ce qui peut être vécu et partagé avec l'autre accueillant ou accueilli.

L'être avec modélise les relations que l'accueillant et l'accueilli entretiennent, chacun assurant à l'égard de l'autre des rôles et des places.

Les catégories du vivre avec et ses limites

Vivre avec repose sur le partage d'espaces, de temps, d'attentions, dans un cadre familial où des règles de vie, des systèmes de valeurs repérables ou inconscients structurent les rapports entre accueillants et accueillis.

Décliner les registres du vivre avec permet de cerner les contours, et les limites de l'activité des familles d'accueil dont les bornes sont le vivre à côté tel qu'il se dessine dans une offre stricte d'hébergement et le vivre au rythme de l'accueilli.

Connaître ces contours nécessaires, ou ces limites insupportables pour la famille d'accueil et pour la personne accueillie, permet à chacun, et particulièrement aux intervenants, de rappeler ou même de tenir le cadre d'un travail qui, à défaut, se perd autant dans les méandres de l'exclusion que dans ceux de la confusion.

Le vivre avec familial suppose le partage du toit familial. Evidence qui sert à rappeler que la personne accueillie est logée sous le même toit que les autres membres du foyer, et non dans des dépendances plus ou moins éloignées.

Le partage du toit amène à réfléchir à l'occupation de l'espace mais devient également porteur de questions triviales relatives à l'identité sociale. Par exemple, le nom de la personne accueillie apparaît-elle sur la boîte aux lettres ? En effet, s'il y a un partage du toit, comment se distinguent les moi dans les rapports avec les administrations, les voisins, les amis.

Sous le toit familial, comment sont distribués et partagés les différents espaces de vie ? Comment chacun utilise-t-il l'espace ? Est-il mis à la disposition de chacun de la même manière ?

Certains espaces sont-ils frappés d'interdit, ou leur usage délimité ? Si oui, selon quels critères d'appartenance ou non à la famille, d'âge, de compétence ? L'occupation des espaces communs est-elle soumise à des règles clairement énoncées, implicites, partagées par tous ?

En principe, des espaces se partagent : le lieu où l'on mange. D'autres ne se partagent pas : les chambres. D'autres encore se partagent difficilement : les salles d'eau, les toilettes. Les premiers travaux qu'engagent les familles d'accueil portent sur l'aménagement des salles de bain afin que chacun en ait un usage exclusif, comme si l'intimité que suppose l'utilisation commune de ces espaces s'avérait impossible.

Autant que des espaces se partagent également des moments de vie familiale tels les repas, temps forts qui réunissent régulièrement l'ensemble de la famille.

Les personnes accueillies participent-elles à la communion du repas ? De tous les repas ? Question d'importance quand on sait à quel point le partage de ces moments peut être fastidieux tant les comportements alimentaires de personnes accueillies sont parfois insupportables, ou tant leur état peut exiger une alimentation particulière.

Davantage que l'espace et les moments, ce sont en fait les valeurs qui les organisent qui se partagent.

Les pièces réservées aux accueillis sont-elles aménagées avec le même goût que les autres pièces de la maison ? Sont-elles moins confortables, plus confortables, et en quoi ces différences sont-elles ou non signes d'exclusion ou d'éloignement des valeurs familiales, par l'action de la famille ou de la personne accueillie ?

Les habitudes alimentaires sont-elles partagées ? Si l'alimentation d'une personne âgée nécessite des précautions culinaires, justifier une alimentation spécifique répond-il aux besoins réels des personnes ou au besoin de se différencier des personnes accueillies ?

Une famille d'accueil végétarienne accueillant un handicapé avait été sollicitée pour fournir à ce monsieur bien portant et en pleine force de l'âge une alimentation équilibrée et répondant aux habitudes alimentaires partagées par notre culture : à savoir une viande au moins une fois par jour. Dès le premier repas, la personne handicapée délaissa les mets qui lui avait été spécialement préparés pour partager l'alimentation familiale. L'accueil familial passait ici par une adhésion aux valeurs familiales.

Comment les temps et les rythmes du repas sont-ils partagés ? La famille doit-elle aménager différemment ces moments pour se mettre au rythme d'une personne âgée qui aurait besoin de dîner tôt par exemple ?

Un handicapé bavard et mangeant lentement avait réussi à déstabiliser une serviable famille d'accueil qui, petit à petit, avait modifié ses habitudes de vie. Ils s'étaient mis à manger à son rythme, passant plus de temps à table qu'auparavant. De plus, ses bavardages les empêchaient d'écouter la radio qui était leur seule source d'information. Allaient-ils continuer à vivre au rythme de l'accueilli ? Comment pouvaient-ils rappeler les valeurs sur lesquelles ils avaient tant cédé ?

Les multiples registres du vivre avec prennent racine au plus profond de l'être. Vivre avec certes, mais vivre quoi, comment et jusqu'où ?

Partager les valeurs familiales au quotidien permet une certaine intégration à la vie familiale mais, de plus, crée un sentiment d'appartenance à une famille, à une communauté, indispensable à tout être humain. Ainsi, par exemple, certains éléments du vivre avec deviennent à ce titre des indicateurs remarquables, tels les odeurs, l'hygiène, les tics de langage, les vêtements...

Souvent lors de l'arrivée d'un accueilli, les familles d'accueil émettent des remarques quant à son odeur dérangeante. Remarques qui s'atténuent avec le temps autant parce qu'on s'y est habitué que parce que l'odeur familiale a intégré cette odeur étrangère.

Lorsque des accueillants aident des personnes accueillies à acheter des vêtements, ils contribuent à habiller l'autre selon leurs choix, partage constitutif d'un moi-peau vestimentaire.

Tous ces registres de partage ont des limites. La plus fondamentale est celle de l'être, et de ses besoins de s'identifier ou de se distinguer de l'autre. D'autres considérations tenants aux catégories du supportable dans le vivre avec assignent les limites de l'activité des familles d'accueil.

Une des limites du partage tient à l'intimité. Certes, la bulle de l'intime est variable selon les cultures et les personnes, mais, en famille, elle se focalise sur des aspects du quotidien, et plus particulièrement sur le quotidien de l'hygiène corporelle. Défaillances intimes dont souffrent beaucoup de personnes accueillies et qui amènent à s'inquiéter de la prise en charge du corps de l'autre âgé, handicapé ou malade mental.

Les familles d'accueil doivent-elles, peuvent-elles, s'occuper de l'hygiène corporelle de la personne accueillie ? Certes, la difficulté est relativisée par la durée, la qualité et la nature de la relation entre accueillant et accueilli. Il paraît plus aisé de soigner une personne âgée qui s'est progressivement dégradée qu'un handicapé nouvellement arrivé et qui ne sait pas se laver.

Mais quels que soient le sexe des personnes ou leur identification à des attentions soignantes, il est prudent de se demander jusqu'où les familles d'accueil peuvent s'occuper du corps, dans la mesure où il s'agit du corps de l'autre intime, affectif, et non du corps biologique que tout professionnel du soin a été formé à rencontrer. Intimité, affectivité et non spécialisation qui demandent de la retenue et une mise à distance.

La seconde limite tient à la sexualité dont la réalité, trop facilement écartée, ne cesse de hanter les rapports entre accueillants et accueillis. Elle est évacuée lorsque les personnes sont âgées, et ignorée ou inabordable lorsqu'elles sont handicapées. Néanmoins, elle régule les échanges et les émotions dans un cadre familial ordonné par l'ordre du sexuel qui distribue une place à chacun.

Ainsi, accepter que les familles d'accueil prennent en charge des situations trop lourdes physiquement ou psychiquement est aventureux tant, dans le quotidien, elles ne peuvent répondre sereinement, sauf au détriment de leur équilibre individuel ou familial, et de celui de la personne accueillie.

Les limites du vivre avec révèlent donc quelques-unes des contre-indications à l'accueil familial, ainsi que l'aide indispensable à apporter en matière de prestations particulières offertes aux accueillis, mais aussi de soutien psychologique aux familles d'accueil pour leur permettre de se dégager de ces contraintes, sans culpabilité, sans sentiment contradictoire, et tout en faisant le travail qu'elles pensent être le leur.

Par exemple, comment une dame peut-elle laver les parties intimes d'un monsieur accueilli ? Comment l'aider, ou aider les deux, à ne pas confondre des registres qui ne demandent qu'à s'emmêler tant les fils sont nombreux.

Ainsi de la solution qu'avait naturellement trouvée une famille d'accueil à la difficulté de se laver de l'adulte handicapé accueilli. Après avoir constaté l'échec de ses sollicitations de plus en plus pressantes, elle avait eu recours à un lavage en direct, demandant au monsieur de se mettre en maillot de bain, ce qu'elle faisait également, et passant sous la douche avec lui, elle le lavait pour son plus grand ravissement à lui et sa totale innocence à elle. A l'écoute du plaisir du monsieur, il fallait intervenir et rappeler pour chacun, mais surtout pour le monsieur déjà accroché à la dame, que s'il voulait rester là, il devrait être propre, telles étaient les incontournables valeurs familiales, et que pour ce faire il ne pourrait compter que sur lui-même.

De même pour le psoriasis d'un monsieur, qu'une famille d'accueil maternante ou soignante s'était mise à pommader sur les recommandations de son médecin traitant. Plus elle était à ses petits soins, plus le psoriasis demandait d'attention tant les caresses devaient être au goût du monsieur. Une intervention fut également nécessaire pour rappeler les règles du jeu familial et les limites de l'intime et du sexuel.

Certes, il est des situations où toucher le corps de l'autre ne pose pas de problème particulier lorsqu'une famille d'accueil s'est identifiée, pour une partie de son activité, à une aide-soignante, ou quand une dame qui a vieilli en famille trouve dans l'attention que lui porte la famille d'accueil une attitude similaire à celle qu'une fille pourrait porter à sa mère vieillissante

En fait, le vivre avec familial demande à être régulé. Il est important que la famille ne sombre pas dans le vivre avec désordonné de la personne accueillie en se mettant à sa disposition, jusqu'à y perdre les repères de vie essentiels pour assurer sereinement son accueil. Dans ce cas, la régulation s'appuie sur les valeurs repérables par tous du fonctionnement familial.

De même pour la personne accueillie à qui il peut être rappelé que, pour bénéficier d'un accueil familial, il est primordial d'en accepter les codes et les règles de vie.

Du vivre avec à l'être avec

Le vivre avec prend appui sur l'être avec, notion qui convoque l'essence même de l'être de chacun et qui se dévoile ici dans un cadre d'être familial qui amène chacun à vivre des rôles en fonction de la scène familiale ou à s'identifier à des rôles sociaux empruntés à d'autres scènes.

Les rôles disponibles, acceptables, s'inscrivent pour chacun, famille d'accueil et personne accueillie, dans l'être et son rapport aux autres, chacun restant empiétés dans son histoire, ses points aveugles, ses interprétations et ses représentations.

Quel rôle familial chacun va-t-il pouvoir jouer ? A quelle figure familiale ou sociale chacun va-t-il bien pouvoir s'identifier ? En fait, la scène familiale et son inscription sociale autorisent des jeux de rôles limités. La famille, creuset de l'identité, devient un lieu de recherche identitaire qui peut servir au développement d'un travail psychique attendu notamment dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique.

Ces "je" de rôles induits par le contexte permettent de comprendre les modèles d'identification des accueillants et des accueillis, ainsi que de se sensibiliser à leur harmonie, leur déséquilibre, leur tolérance, ou leur rejet. Enfin, ils supposent un état du "je" psychique ou physique suffisamment adéquat pour que chacun dans ce partage trouve plus ou moins sa part.

De la scène familiale à la scène sociale

Dans la distribution imaginaire classique du théâtre familial, quels sont le rôle et la place d'un accueilli ? A quelle place va-t-il être admis, quel rôle accepte-t-il d'assumer ? Quelle place va-t-il vouloir prendre ? Celle d'un enfant divin (racines mythiques de l'accueil familial) ? Celle d'un commis plus ou moins travailleur (figure traditionnelle de l'accueil des adultes handicapés) ? Celle d'un prétendant à la succession dans le cœur de la dame d'accueil ? Ou celle du grand-père au coin du feu ?

Quelle pièce familiale les acteurs rassemblés par l'accueil familial vont-ils jouer ? Quelle souplesse peut-il y avoir entre les différents scénarios qui peuvent se jouer simultanément sur la même scène ? Que de questions et que de jeux possibles !

Mais surtout, comment conserver du jeu dans ces emboîtements afin de toujours jouer, de dépasser les répétitions, de vaincre les résistances, de les interpréter, voire de les perlaborer ?

De manière sous-jacente, mais essentielle pour la viabilité de l'accueil, quelles places occupent l'accueil familial et ses processus ? En fait, quel jeu et quelle identité pour chacun dans une famille d'accueil si la règle du jeu n'est justement pas celle de l'accueil familial ?

Les rôles possibles sur la scène de l'accueil familial sont relativement limités. Pouvoir repérer leur articulation permet de recadrer des scènes qui restent sans compréhension. Comment donc, pour chacun des participants à l'accueil, ces scènes font-elles résonance et permettent ou rendent impossibles un accueil familial ?

Dans l'ordre des générations, quelle place est attribuée à la personne accueillie ? Quelle place accepte-t-il d'occuper ? Est-il vécu comme un aïeul ou un enfant ? Quel bénéfice chacun en tire-t-il ?

Le modèle de l'accueil des grands parents encore prégnant, celui classique de l'accueil d'enfants (les handicapés ne sont-ils pas de grands enfants ?) ne réduisent-ils pas trop l'autre à une identité qu'il ne reconnaît plus ?

Ainsi une jeune adulte handicapée qui, très vite, trouva une maman et un papa dans le couple qui l'accueillait. Fonction difficile à assurer pour ce couple, d'autant qu'ils étaient interpellés par leurs propres enfants qui ne supportaient pas d'être dépossédés ainsi de leur parents par une envahisseuse possessive dont ils ne voulaient pas imaginer qu'elle puisse être leur sœur.

Dans l'ordre de l'alliance, du prétendant au partenaire jaloux, comment se situe, ou est située, la personne accueillie ?

Chacun a pu constater combien les dames accueillies pouvaient être attendries par les charmes des conjoints des familles d'accueil qui sont attendus avec trop d'inquiétude au retour de leur travail ?

Un monsieur ne s'est-il pas installé dans une famille d'accueil en disant dès les premiers moments à la cantonade, ici constituée de la dame en question et de l'intervenant : "quand le monsieur de la dame sera mort, je me marierai avec la dame". Installé en prétendant heureusement peu dangereux, comment pouvait-il être aidé pour vivre autre chose que cet amour sans avenir qui ne pouvait que laisser l'élue de son cœur ?

Dans l'ordre des relations sociales ouvrant sur d'autres scènes que la scène familiale, les rôles d'hôte ou les relations employeurs-employés rythment le quotidien des rapports entre familles d'accueil et accueillis. Mais, même dans ces situations où du rapport social semble avoir pris le pas sur l'être avec familial, il est bon de rester prudent, et de favoriser pour chacun une place permettant que de l'autre comme sujet advienne.

Charles est un handicapé familial et social. Il est passé de l'exploitation familiale à celle de maraîchers qui le supportaient tant qu'il était un honnête travailleur. Il alla donc de maisons en maisons avant d'errer, alcoolique, entre l'hôpital, les services sociaux et un appartement qu'il n'arrivait plus à occuper seul. A 50 ans, il n'avait plus aucun espoir jusqu'à ce qu'il soit pris en charge dans un service d'accueil familial, par une famille d'accueil à la campagne qui lui offrait un moment de répit.

D'accueil familial, il ne voulait rien entendre. Il était là pour travailler, dur, se levant tôt le matin pour aller aux champs après avoir salué les occupants des lieux d'un "bonjour patron, bonjour patronne". Son mode de présence était construit sur le modèle de l'ouvrier agricole, de surcroît exploité, qu'il avait toujours été. Ainsi, à chacune des visites de l'intervenant, il ne se privait pas de se plaindre du travail que ces ingrats d'accueillants l'obligeait à faire.

Il fallut du temps pour faire bouger le monsieur, il nous y aidait beaucoup, forcé par la famille d'accueil qui ne répondait pas là où il le voulait. Quelques signes nous laissait penser qu'il se passait pour lui bien autre chose.

Un jour n'avait-il pas dit à "la patronne" plus jeune que lui, dans un lapsus révélateur, "maman". D'autres fois, ne nous avait-il pas sollicités à reconstruire ou à s'approprier son histoire faite d'espoirs déçus, de parents maltraitants. Sous la peau du travailleur se reconstruisait celle d'un être humain trouvant dans un foyer sollicitude, respect, profonde empathie. Aujourd'hui, il vit dans sa maison.

Certes, le jeu social peut parfois rendre supportable le réel de l'accueil. Faut-il encore que ce réel ne surgisse pas brutalement sur la scène imaginaire. Un exemple peut contribuer à éveiller l'attention sur les effets d'une telle intrusion.

Un monsieur d'âge mur, ayant eu quelques activités agricoles lors de ces non-hospitalisations, est placé chez une famille d'accueil rurale. Certains détails de l'accueil s'organisent secrètement, c'est à dire sans en référer aux membres de l'équipe, et outrepassent les limites maintes fois formulées. L'accueillant a donc "négocié" avec l'accueilli un travail que celui-ci pourrait faire contre une rémunération de 200 Frs par semaine. Le travail consiste à entretenir et à nettoyer régulièrement les abords de la ferme

Quelques mois plus tard, lors d'une visite du référent, il est fait allusion par l'accueillant, en présence de l'accueilli, à un vol. Le monsieur accueilli est soupçonné d'avoir soustrait 200 Frs dans le porte-monnaie familial. A ces mots et sans commentaire, il se lève, sort et disparaît. Interloqué, le référent demande des précisions à la famille d'accueil et prend connaissance du "contrat" qui les liait. Révélation complétée par la relation des événements de la semaine précédente, à savoir que cette semaine-là, le nettoyage à la charge de l'accueilli n'avait pas été jugé satisfaisant par la famille d'accueil. L'accueilli n'avait pas été rémunéré. Il s'était donc payé lui-même.

Au moins deux conclusions peuvent être tirées de cette situation.

La première se rapporte à la nécessité qu'il y a de médiatiser les relations accueilli-accueillant pour que chacun puisse trouver sa place dans le partage du quotidien et ne soit pas soumis aux fantasmes ou à la toute-puissance, voire à la folie, de l'autre.

La deuxième porte sur les rôles que chacun occupe dans une vie familiale aussi étrange que celle de l'accueil familial. Tout semblait aller bien tant que l'accueilli occupait une fonction de nettoyeur d'espace rural, identifié à une sorte de jardinier ou de cantonnier. Cette activité était, pour lui et pour les autres, un signe de reconnaissance et de refus d'une autre situation, plus difficile à aborder, celle du malade mental placé dans une famille d'accueil. En miroir, la famille d'accueil occupait la place de maîtres de maison employeurs.

Brutalement, par la révélation de la suspicion, un autre jeu de rôle apparaît, celui du volé et du voleur. Scène peu supportable des rapports accueilli-accueillant d'autant qu'elle révèle la réalité jusque-là occultée, celle de l'accueil familial, et pour l'accueilli, celle du handicap, de la maladie mentale. L'accueilli avait bien réagi à ses dévoilements puisqu'en s'éclipsant ainsi, il retournait se faire hospitaliser dans le service de psychiatrie qu'il connaissait.

Famille d'accueil d'adultes est un travail sans modèle de référence pertinent. Néanmoins, en fonction de quelques points obscurs ou assurés de l'être avec, les familles d'accueil utilisent des approches hôtelières, ménagères, soignantes, maternantes ou éducatives de l'accueil.

Pourquoi pas si les besoins des accueillis peuvent se satisfaire des registres identitaires ainsi offerts ?

Pourquoi pas si ces identifications ne contribuent pas à construire des processus qui tiennent l'autre accueilli à distance ?

Enfin, pourquoi pas si ces modèles peuvent faire preuve de souplesse ou d'adaptation ?

Cependant, ces modèles d'identifications, parfois appuyés sur les attentes exprimées par des intervenants, ne répondent pas toujours aux besoins, méconnaissent fondamentalement l'implication des familles d'accueil et peuvent renforcer des modes défensifs du rapport à l'autre.

Les accueillants, reconnus seulement sur des éléments matériels, vont valoriser ces aspects au détriment d'autres attentes, avec comme conséquence un oubli de la personne en tant que sujet.

Traiter l'autre comme objet d'attentions ménagères ou de soins physiques n'est pas forcément grave dans un établissement où ces actions sont confiées à des personnels différents et qualifiés, chacun d'eux contribuant à la prise en charge globale et évitant les dérapages. Mais en famille d'accueil, si l'autre devenait l'objet d'attentions aussi limitées, les risques seraient grands, de désintéressement, de solitude affective et même de maltraitance relationnelle.

Une identification valorisante de certaines familles d'accueil à des soignants peut être également source de dysfonctionnements.

Ainsi, une famille d'accueil se targuait de savoir, fréquentant assidûment des médecins, ce qu'il fallait comme dosage de médicaments pour ses accueillis. En fait, selon son état, elle donnait plus ou moins de calmant à chacun, ce qui pouvait être lourd de conséquence...

Plus appréciées sont les familles d'accueil qui identifient leur accueil à des pratiques maternantes ou éducatives. Cependant, chacune de ces attentions porte ses limites si l'autre ne répond pas comme il est attendu à ces sollicitations faites de bon sens et de savoir-faire.

Comment le maternage nourricier peut-il interpréter la perte de poids de la personne accueillie ? Comment, dans un autre registre, des enfants peuvent-ils supporter de voir leur mère se porter mieux du fait de l'attention maternante de la famille d'accueil ? Comment le modèle éducatif peut-il être dépassé lorsque l'accueilli n'apprend plus et désapprend ?

Une famille d'accueil ne put supporter que la femme de 40 ans à qui elle avait appris tant de choses de la vie domestique (mettre la table, préparer les repas...) ne sut plus un matin faire ce qu'elle savait faire la veille. Comment interpréter alors cette incapacité, sauf à penser que l'accueilli le faisait volontairement pour régler quelque compte impossible à dire avec la famille d'accueil.

Bien évidemment, l'activité des familles ne peut se cantonner à un seul de ces registres. L'une d'entre elles remarquait lors d'un entretien, dans un moment d'intense émotion, que l'accueil avait contribué pour elle à cicatriser quelques plaies de son être. Dans sa jeunesse, elle aurait voulu être médecin ce qu'elle n'avait pu réaliser, l'enseignement l'avait également attirée sans plus de succès. Elle avait donc rencontré le métier de famille d'accueil qui, disait-elle, lui permettait de concilier sa vie de mère, de soignante et d'éducatrice.

6. PARADOXE D'UN METIER ET FORMATION

Agréé, évalué, recruté, formé, le particulier "famille d'accueil" se voit affubler d'intentions troublantes : restaurateur, loueur. Passant contrat, il devient l'employé, certes particulier, de la personne à laquelle il vient de vanter les charmes de sa résidence. Que de registres ! D'autant que cet employé ne peut mettre à la disposition de son employeur sa vie familiale sans éprouver à son égard une quelconque affection.

Quels registres seront à interpeller lors des difficultés rencontrées dans l'accueil ? Qui pourra aider à démêler l'inextricable complexité des processus en œuvre lorsqu'ils touchent autant au fonctionnement individuel de chacun qu'aux interactions de la vie partagée ?

La multiplicité des tâches et la permanence des échanges ne peuvent être prises en compte sans remettre en cause la spécificité même de ce travail. Ainsi aucun statut ne pourra définir des plages d'activité et de repos, pas plus qu'il ne contribuera à limiter un temps hebdomadaire d'activité. La définition d'une durée de travail ne peut ici que contribuer à référer les rémunérations de l'accueil à des activités similaires.

L'accueil familial est une activité qui s'exerce à domicile sans discontinuité, et qui suppose la juxtaposition, parfois la combinaison complexe, d'espaces et de temps privés et professionnels.

Pourtant, une nette séparation serait le signe d'un autre mode d'accueil que l'accueil familial.

L'accueil familial est une activité qui s'appuie sur le déroulement de la vie familiale, ce qui implique plusieurs personnes alors qu'une seule est reconnue et rémunérée. Si les autres membres de la famille peuvent ne pas être aussi occupés par l'activité que la personne désignée, ils en partageront les péripéties.

A moins de tracer une frontière étanche entre la vie familiale et l'activité d'un de ses membres, ce qui serait le signe qu'il ne s'agit plus d'accueil familial.

L'activité familiale demande de subvenir aux besoins fondamentaux d'un adulte, par des attitudes qui consistent à être là, attentif, accueillant, prêt à recevoir l'autre accueilli, sujet en devenir ou personne en difficulté. Cet être là se combine de vivre avec, certes quelquefois à côté (ce ne sont pas les exemples qui manquent), de vivre sa vie de famille avec l'autre, d'être une famille avec l'autre, voire d'être une famille pour l'autre.

Attitudes fondamentales et valorisées au point qu'il est parfois recommandé aux familles de ne rien faire d'autre que d'être soi, de ne rien changer, de vivre leur vie de famille. Paradoxe que d'imaginer une professionnalisation de cet être avec et de ce vivre avec.

6.1. La formation

La formation des familles d'accueil est également soumise à plusieurs paradoxes, celui de la formation à proprement parler (les attitudes spontanées ou nécessaires qu'ont naturellement les familles d'accueil ou auxquelles elles doivent répondre peuvent-elles être enseignées ?), et celui de la déformation (ces attitudes peuvent-elles être domestiquées au point d'en perdre leur essence ?).

Penser à la formation amène à réfléchir en terme de nécessité, d'objectifs et de contenu.

La loi et l'expérience répondent à la question de la nécessité. En effet, d'une part, l'obligation de formation des personnes agréées est inscrite dans la loi³², d'autre part l'intérêt pour la formation est aujourd'hui partagée par la majorité des départements.

Cependant, les actions entreprises répondent-elles aux besoins des familles d'accueil ? En l'absence d'indications dans les textes, chacun est amené à inventer des thèmes, des programmes et des méthodologies de formation peu ou prou adaptés.

³² - pour les "particuliers" de l'accueil familial social, la formation est organisée par le conseil général. Pour l'accueil familial thérapeutique, elle est organisée par l'établissement hospitalier employeur

Or, l'élaboration d'un programme de formation ne peut se faire sans envisager une question préalable et incontournable: quelle formation pour quels objectifs ? S'agit-il de former l'être et alors comment cela se peut-il ? S'agit-il de former le savoir-faire et alors quels "faire" vont être privilégiés, celui de l'éducatrice familiale, de l'aide-soignante, de la garde-malade ou de la bonne ménagère ?

Il est impératif d'être prudent et de préciser les intentions formatrices afin qu'elles répondent aux besoins des familles d'accueil, et que la formation ne contribue pas à les enfermer dans des pratiques auxquelles elles ne pourront répondre ni dans la continuité, ni dans l'intimité.

En effet, les familles d'accueil ne seront jamais des éducateurs au rabais, des aides-soignants ou des garde-malades surchargés. Pour assurer leur activité avec constance et assurance, elles n'ont pas d'autres choix que d'être des familles d'accueil, de se laisser prendre au piège de l'autre et d'être accompagnées dans cette pratique par des formations et d'autres professionnels. Non seulement les familles d'accueil ne peuvent répondre à cet éparpillement d'attentions, mais de plus il est à craindre que ces techniques déforment leur approche des besoins de la personne, oubliant l'accueil familial et le substrat relationnel sur lequel il repose.

La nécessité de la formation se pose donc essentiellement à partir de la spécificité de l'activité. Elle est donc un moyen de sortir de chez soi, de rencontrer d'autres familles d'accueil, d'échanger sur son travail, de partager ses difficultés, d'être informé des défaillances des personnes et d'être aidé dans l'élaboration des réponses que chacun doit inventer dans son cadre familial ou en faisant appel aux réseaux médico-sociaux existants

La formation des familles d'accueil devient un travail d'accompagnement des pratiques d'accueil. Dans ce sens, elle ne pourra déformer leur attention tant elle est faite de leur être avec, mais contribuera au contraire à élaborer l'outil de travail que chacun doit inventer et réinventer.

Pour répondre un tant soit peu à ces particularités, il serait nécessaire de distinguer plusieurs niveaux de formation et des objectifs différents.

Une formation préalable est indispensable pour des candidats qui n'ont aucune connaissance de l'accueil familial. Formation-information sur une activité qui permet d'en présenter les contraintes et les limites, et qui permet d'appréhender les difficultés des personnes accueillies et de concevoir les réponses que chacun doit mettre en œuvre dans des situations de la vie quotidienne.

Dans un deuxième temps, l'essentiel de la formation devrait porter sur les préoccupations quotidiennes que rencontrent les familles d'accueil et leur capacité à élaborer les réponses à apporter à propos de l'hygiène, de l'alimentation, du quotidien par exemple. Dans ce travail formateur, il serait prudent de ne pas tenter d'importer dans l'accueil familial des savoirs faire professionnels qui ne peuvent être opérationnels dans ce cadre.

Les effets indirects de toute formation, qui sont par ailleurs non négligeables et riches d'enseignement, sont ceux qui portent sur la définition d'une activité et de ses limites, sur la constitution d'un groupe professionnel au travail, sur les moyens de faire connaître et reconnaître l'activité, voire le métier de famille d'accueil.

Métier qui entraîne des exigences quant à sa reconnaissance et amène à réfléchir à des passerelles avec les autres métiers. En cela, la formation des familles d'accueil, bien que spécifique, ainsi que l'exercice de ce métier, devraient pouvoir ouvrir vers d'autres professions de l'aide aux personnes.

A un autre niveau, la formation implique une réflexion partagée sur le travail en accueil familial, sur la nécessaire collaboration avec des intervenants et sur la place de l'accueil familial parmi les autres modes de prise en charge de populations en difficulté.

6.2. Le paradoxe de la réussite

Ni une formation pertinente car inscrite et basée sur le travail d'accueil, ni la meilleure reconnaissance possible de l'activité d'accueil ne pourront résoudre les paradoxes avec lesquels doivent composer les familles d'accueil, contraintes qu'il est parfois nécessaire de prendre en compte afin de les aider à les dépasser.

Il en est ainsi de la rémunération tributaire de la présence de la personne accueillie. Certes, il ne pourra guère en être autrement, sauf à mensualiser la rémunération (principe acquis par les assistantes maternelles depuis 1992), mais le fait que le départ de la personne soit corrélé à une perte de rémunération met les familles d'accueil dans la quasi impossibilité de participer sans résistance à tout projet d'accueil qui vise un départ. De plus, bien souvent, à une perte financière s'associe une perte affective.

Les familles d'accueil sont ainsi mises devant le paradoxe d'être pénalisées si elles réussissent à contribuer à l'amélioration de l'état d'une personne handicapée ou d'un malade mental. Amélioration qui peut se traduire par une diminution des sujétions particulières, par un changement de statut et donc de rémunération ou même par une perte d'activité.

Ainsi, la tendance naturelle de l'accueil familial à se chroniciser dès qu'un certain équilibre entre attentes et contraintes est atteint est renforcée par le non traitement de ces questions.

Des dispositions doivent donc être prises pour que les familles d'accueil ne soient pas pénalisées financièrement, en imaginant des rémunérations même en l'absence de la personne accueillie afin de leur permettre de collaborer plus sereinement à des projets d'émancipation, ou même pour qu'elles n'hésitent pas à faire part de leurs difficultés craignant alors le départ de la personne accueillie et la perte d'un apport financier nécessaire.

Ce paradoxe de la réussite n'est pas sans conséquence sur l'entourage professionnel des familles d'accueil. Elles réussissent en effet là où des professionnels avertis ont semble-t-il échoué. En effet, il n'est pas rare de constater en famille d'accueil une amélioration de l'état des personnes handicapées ou malades mentales. Amélioration d'autant plus troublante que souvent les familles d'accueil ont été sollicitées faute d'autres solutions pour des populations pour lesquelles aucune amélioration notable ne semblait envisageable.

Réussite ou amélioration qui n'est pas sans questionner les parents de la personne accueillie qui, à leur culpabilité de n'avoir pu s'occuper de leur parent, voit s'associer leur incompétence de ne pas avoir contribué à améliorer son état.

7. LA PERTINENCE DES FAMILLES D'ACCUEIL

Tout ce qui vient d'être dit sur les familles d'accueil suffit-il à rendre compte de leur pertinence à s'occuper de personnes en souffrance et à réussir à leur redonner, certes parfois modestement, un tant soit peu de couleur ou de vie ?

La famille et ses fonctions traditionnelles permettent de mettre en évidence quelques-uns des vecteurs soignants. Mais plus que ces aspects facilement appréhendables, la famille offre un cadre symboligène, contenant et désirant autrement quantifiable. Ce sont également ces caractéristiques qui participent au changement, ou au moins apportent à des êtres en errance un peu de la reconnaissance et de la sécurité dépendantes d'une attention familiale permanente.

Le milieu familial est riche de ces potentialités pour des êtres en perte de repères et pour lesquels le lien social ou familial est distordu. Dans ces circonstances, pouvoir se reposer sur un imaginaire familial tout en convoquant une structure symbolique qui donne sens aux rapports humains n'est pas négligeable.

Les fonctions éducatives, sociales, affectives, économiques de la famille sont connues, et par rapprochement celles des familles d'accueil ont été abordées selon les mêmes principes. Enumérer les qualités concrètes des familles d'accueil devient un catalogue d'intentions qui ne rend pas toujours compte des processus complexes en œuvre.

Cependant, chacun peut admettre qu'une familles d'accueil apporte un milieu sécurisant, dynamisant, et structurant, et permet une intégration par immersion dans un environnement socio-économique naturel. Apports qui se construisent dans la permanence d'une relation non médiatisée par un savoir-faire professionnel ou par un fonctionnement institutionnel, et que renforce un accompagnement affectif permettant une évolution vers une résolution des conflits internes et externes.

Cet inventaire souvent évoqué ne cache-t-il pas une dimension essentielle, celle qui institue et est instituée par la famille : l'ordre des générations, et la circulation régulée de la sexualité qui organise les échanges, situe les places, identifie le sujet humain dans son rapport à l'autre.

Dimension à laquelle n'échappent pas les familles d'accueil et qui répond à des besoins vitaux des personnes accueillies quant à leur identité, c'est à dire à leur besoin d'être reconnus et d'appartenir à un milieu familial, ici de substitution.

Cette part d'insondable peut-elle être appréhendée ? La pertinence des familles d'accueil a été depuis longtemps analysée et disséquée. Quelques recherches ont tenté de percer les secrets de ces systèmes familiaux sans grand succès.

Parfois, l'intérêt qui leur a été manifesté a laissé de côté l'environnement social ou médical, voire mythologique, dans lequel elles évoluent et qui incontestablement a des effets sur leur accueil et sur ce qu'elles peuvent apporter.

Les diverses branches des sciences humaines ont été mises à contribution, sans toujours parvenir à autre chose qu'une description plus ou moins détaillée ou pertinente de leur efficience.

En fait, ces études ont parfois contribué à les déposséder de leur attributs. Notamment celle qui, dans le cadre des pratiques psychiatriques, n'aborde le sujet que dans son existence tourmentée par son histoire inconsciente, regard qui refuse de s'ouvrir sur un sujet en interaction chahuté par les mouvements du bain familial dans lequel il est plongé, conception toujours à l'œuvre qui refuse de voir dans les familles d'accueil autre chose qu'un simple lieu de vie.

Incontestablement, les familles d'accueil donnent plus que ce qu'il en est attendu. Comment faire part de quelques-uns de ces plus autrement qu'en s'immergeant dans leur accueil familial ?

7.1. La préoccupation familiale primaire

Un ensemble de principes actifs dépend du mode et de la qualité de présence des familles d'accueil, c'est à dire de la permanence relationnelle qu'elles assurent, qui peut être évoquée comme une préoccupation familiale primaire³³.

La préoccupation des familles d'accueil envers la personne accueillie n'est tolérable que si celle-ci n'est pas source d'inquiétude et de tourment. Le vivre avec familial n'est possible que si la famille d'accueil peut penser à la personne accueillie sans crainte ni retenue, et ce à un niveau intuitif de pensée.

En effet, une famille d'accueil ne peut accueillir une personne dont les attitudes ou la souffrance ne peuvent être pensées. L'accueilli reste dans ces circonstances un étranger aux besoins et aux comportements incompréhensibles et surprenants. Personne ne peut vivre avec un être étrange et imprévisible.

Dans ce sens, il est possible de dire qu'il n'y a pas de fous en famille d'accueil, ni de malades mentaux, mais des individus peu sujets de leur histoire, des "malheureux" qui "ont eu des problèmes", ou "pas eu de chance". Les personnes âgées entrent dans une imagerie différente, elles portent le poids des ans, suffisant pour savoir ou pour penser leurs bizarreries qui font partie du décor de l'âge.

S'il n'y a pas de fous ou de malades mentaux en famille d'accueil, qui sont donc ces soignants qui tournent autour de l'accueil familial ? Leurs interventions devraient intégrer cette dimension et les obliger à agir avec prudence et discernement. Prudence à ne pas introduire la folie et son effet sidérateur. Discernement dans les aides à apporter à l'accueil.

Le patient ou le handicapé accueilli fait partie du discours familial, et toute intervention doit être au service de ce discours pour aider à son élaboration ou à sa construction. Plutôt que de décoder les symptômes en les rapportant à la pensée psychiatrique, il est préférable d'aider la famille à les penser et à les contextualiser, c'est à dire à leur donner un sens dans le contexte familial.

³³ - emprunt (in)pertinent? à Winnicot

Un patient, après quelques mois d'un accueil familial qui semblait avoir contribué à améliorer la qualité de son rapport à son environnement et à son corps, se met un jour, brutalement, interloquant la famille d'accueil, à déchirer méthodiquement ses vêtements.

L'infirmier, appelé en renfort pour dépanner une famille d'accueil en panne de pensée, n'eut pas d'autre propos rassurant que de rappeler que ces troubles étaient connus et fréquents lorsqu'il avait été hospitalisé. Réponse inadaptée : non seulement elle introduit la folie et sa dangereuse bizarrerie, mais de plus elle ne contribue pas à élaborer dans le contexte familial la manifestation de ce comportement surprenant.

La préoccupation familiale contribue à produire un travail de pensée contextualisant. Plusieurs fonctions peuvent en être dégagées. Tout d'abord, ce travail de pensée est contenant et contribue à donner une image homogénéisante du monde. De plus, cette pensée est créatrice, en ce sens elle devient un opérateur symbolique, "c'est à dire un instrument capable de modifier le sens des signifiants"³⁴.

7.2. Une pensée contenant et homogénéisante

Vivre avec ne peut se vivre sans penser "l'autre" accueilli. A partir d'une connaissance plus ou moins instinctive s'élabore une théorie de l'autre. Le travail des familles d'accueil n'est possible que si ce travail de pensée opère pour soi et pour l'autre, sorte de matrice psychique dans lequel se construit le monde relationnel de l'accueil.

Penser la personne accueillie comme toute "suffisamment bonne mère" pense son enfant, pense à son enfant, pense les pensées de son enfant. Description naïve de figures de la fonction maternelle qui nous permet de saisir la fonction psychique d'une mère ou d'une famille d'accueil qui pense les pensées de son accueilli, construisant pour lui et avec lui un monde organisé et rassurant à partir de celui, chaotique et angoissant, dans lequel il se débat.

³⁴ - Daniel Schurmans, "Familles, idéologies", L'Accueil Familial en revue, N°3, 1997, page 8

En ce sens, la pensée non seulement, contient, mais par sa continuité elle contribue à homogénéiser le monde psychique de la personne accueillie.

Par exemple, dans un établissement éducatif ou de soins, un pensionnaire est amené à avoir plusieurs réponses à ses questions ou plusieurs interprétations de ses symptômes selon les professionnels auxquels il s'adresse. Chacun répondra selon ses connaissances, son empathie, son intérêt. La diversité de ces échanges est, pour l'accueilli, source de richesse mais également de confusion, de représentation morcelée du monde, voire d'éparpillement de la pensée.

En famille d'accueil, les réponses, les interprétations du monde ou des symptômes seront toujours les mêmes, marquées du sceau de la stabilité de la répétition : "je t'ai déjà répondu", "tu sais bien que..."

Une construction homogène et permanente du monde est sans cesse rappelée. Mais plus que cela, pour l'accueilli se construit un véritable travail de liaison psychique entre objets internes et objets externes. Processus de liaison entre une théorie personnelle et vacillante du monde et une théorie sans cesse confortée par la famille d'accueil d'un monde rassurant.

7.3. Une pensée contextualisante et créatrice

Cette nécessité à penser, et à penser les pensées, dans laquelle s'organise l'accueil familial est créatrice. Comme pour toute création, elle est une interprétation. Interprétation des comportements ou des troubles de la personne accueillie qui seront pensés à partir du et dans le contexte familial.

Une situation souvent observée peut contribuer à saisir les mouvements de ce travail de pensée : un accueilli se plaint à sa famille d'accueil de ne pas dormir la nuit. Celle-ci peut lui répondre "tu ne dors pas parce que tu bois trop de café. Aujourd'hui, tu boiras moins de café et tu dormiras" ou bien "tu fais de trop longue sieste. Tu viendras faire les courses avec moi et ce soir tu dormiras" ou encore "c'est à cause de la lune, du temps..."

Ces réponses possibles nous renseignent sur la vision du monde du sommeil de la famille d'accueil dans lequel va plus ou moins s'inscrire l'accueilli. Est ainsi créé un monde d'effets et de causes opérationnel dans le contexte de chaque famille d'accueil.

C'est véritablement un travail de création que produit la famille d'accueil. Elle crée une théorie du monde du sommeil novatrice pour l'accueilli et totalement adaptée au mode de relation dans lequel il est situé. Ne peut-on parler de fonction créatrice et contextualisante ?

La famille d'accueil aurait pu également répondre "tu ne dors pas car tu es angoissé, je vais te donner un somnifère". Ici le contexte auquel il est fait référence est celui de la maladie et du soin, et cette réponse se rapproche de celle que pourrait avoir tout soignant.

Ce mode de réponse, également possible, nous renseigne tout autant, à la fois sur l'idée que la famille d'accueil se fait de l'autre "angoissé" mais aussi sur sa compétence de famille d'accueil identifiée à un soignant capable d'analyser l'angoisse et d'y répondre par une technicité appropriée.

Ces catégories de réponses renseignent autant sur la qualité de la relation que sur la capacité de la famille d'accueil à interpréter les symptômes dans des registres plus ou moins familiers et opérationnels. Non seulement il y a création, mais également banalisation ou plutôt familiarisation du symptôme.

7.4. Désir et identité

Un autre aspect de l'attention familiale qui traverse les registres déjà évoqués porte sur le caractère des rapports qu'entretiennent famille d'accueil et accueilli, caractère non régulé par un contexte instituant autre que le familial dont les normes, les valeurs et les attentes servent de point d'appui aux échanges. Une deuxième situation peut éclairer cet aspect.

"Je veux que tu te rases" déclame par exemple une famille d'accueil à son accueilli adulte. Une autre famille d'accueil ou un autre contexte aurait formulé : "il faut se raser" et même cette obligation pourrait faire l'objet d'un règlement intérieur : "les pensionnaires doivent se raser tous les jours".

On sent bien la distance qu'il peut y avoir entre "je veux", "il faut" et "on doit". La parole semble plus authentique dans un "je veux", manifeste d'une désirante attention. On n'est peut-être pas loin de cet obscur objet du désir : retrouver en l'autre des traces du désir pour soi.

Supposons donc que "ça" désire en famille d'accueil et encore une fois, peut-il en être autrement dans le quotidien partagé ?

Quels effets cette attention désirante peut-elle avoir, sinon à rendre désirable un être dans lequel une famille voudra retrouver des signes de sa compétence.

"Regardez comme il est beau aujourd'hui" s'exclame une famille d'accueil parlant de son accueilli. Il est manifestement beau de tout ce qu'une attention familiale a projeté sur lui et de tous les signes qu'il en laisse voir à un observateur ainsi interpellé.

En effet, l'immersion familiale est porteuse de ces attentions et de bien d'autres. Pour autant, il ne doit pas être oublié qu'une famille, quelle soit ou non d'accueil, introduit la dimension de l'identité à savoir que chacun y est interpellé quant à ses origines, c'est à dire son histoire, et à ses alliances, c'est à dire ce qui l'institue en famille d'accueil.

A ce niveau, la famille d'accueil interpelle chacun dans son identité beaucoup plus profondément qu'un établissement. Dans tout établissement se côtoient deux populations, les usagers et les professionnels, dont les relations sont déterminées par l'institution et ses objectifs.

Alors que la scène familiale laisse s'organiser des rôles et des relations colorés par les attentes, les fantaisies ou les places à prendre. Scène et rôles qui deviennent porteurs d'interrogations : qui suis-je donc ? Pourquoi suis-je là ? Et que sont donc ces gens pour moi ?

Que voulait donc signifier tel accueilli qui, surprenant tout son monde, vola un jour de doute les bijoux de famille de sa famille d'accueil ? Doute qui émergeait pour cet être troublé de la proximité identitaire qu'il avait nouée avec le monsieur de la famille d'accueil. Doute qui fut violemment interpellé par un père qui le somma de dire que bien, qu'absent, il resterait son père.

Certes, le réveil d'une certaine quête identitaire n'est pas toujours que ce qui est recherché par l'accueil familial, mais il est incontestable que ces questions peuvent avoir des effets non négligeables sur le vécu de chacun et peuvent servir de levier thérapeutique pour toutes les situations où ce qui est projeté est un traitement soignant auquel contribueraient les familles d'accueil.

Tributaire et conséquence de ces événements familiaux, se dessine la fonction relative à l'appartenance qu'assurent de surcroît les familles d'accueil. Chacun a besoin d'appartenir à un groupe, à une famille, nécessité à laquelle répond une famille d'accueil. Cette appartenance familiale n'est parfois possible qu'en se défaisant d'autres systèmes d'appartenance, et pousse à l'action comme le fut poussé le voleur de bijoux.

Mais le plus souvent, lorsque ces événements peuvent être accompagnés, les familles d'accueil remplissent cette fonction de manière plus adéquate et moins conflictuelle. Ainsi, pour certains handicapés sans parenté, les familles d'accueil ne pourraient-elles pas contribuer à leur donner certaines attaches familiales fonctionnant comme des modes de reconnaissance sociale et également comme offrant des modèles et des processus d'identification plus adaptés ?

En fait, les familles d'accueil suscitent des effets qui, attendus ou non, demandent à être valorisés, utilisés, mis au travail autant pour assister ces phénomènes que pour parer à toutes les dérives qu'ils peuvent susciter.

CHAPITRE IV

L'AGRÉMENT

Aujourd'hui, une famille d'accueil pour adultes est donc une famille agréée. Tout comme l'accueil familial est fondé sur un contrat, le premier pas d'une famille vers l'accueil passe par l'agrément délivré à une personne nommément désignée qui va travailler avec et dans son environnement familial et familial.

L'agrément, qui apparaît comme un moyen d'écartier les propositions d'accueil inadaptées, a perdu dans la sélection qu'il opère son sens premier "accueillir avec faveur". Tous les candidats ne vivent pas ce sort là.

En effet, les procédures d'agrément ne sont pas constituées sur une approche favorable du candidat, mais plutôt présentées comme une investigation suspicieuse. Il s'agit autant d'apprécier la réalité des conditions qui permettraient l'agrément que de s'inquiéter des fantasmes, des besoins ou des manques familiaux qui le rendraient impossible.

En fait, l'agrément, par ce qu'il instaure de défiance réciproque, rend parfois difficile un travail de collaboration et de partenariat pourtant indispensable entre familles d'accueil et intervenants du secteur social ou médical.

Par ailleurs, certaines des conditions matérielles prévues ne suffisent pas pour se faire une idée des capacités des candidats et supposent donc d'agir avec prudence.

De plus, l'évaluation n'échappe pas à la complexité de la dimension familiale à agréer (un particulier ? une personne et son environnement familial ? une famille d'accueil ?), ni à la multiplicité des représentations du travail des familles d'accueil entre hébergement plus ou moins confortable et intégration à la vie familiale.

L'évaluation des candidats et des situations devient donc multiforme, et oblige à recourir à de nombreuses démarches et à vérifier plusieurs critères. Cette quête, envahie par l'idéologie de chacun, traduit les attentes vis à vis de familles d'accueil, les représentations de la famille, les conceptions des besoins des personnes accueillies, voire les objectifs sociaux du service chargé de l'agrément ou encore la politique plus ou moins favorable du département à l'égard du développement de l'accueil familial.

1. UNE AUTORISATION D'EXERCER

L'agrément est donc un accord administratif permettant d'exercer une activité d'accueil à son domicile et à titre onéreux. Délivré par le président du conseil général, après instruction de la demande par des services habilités, l'agrément n'est valable que dans le département de résidence de la personne agréée.

Cette autorisation stipule les conditions de l'accueil, les populations qui peuvent être accueillies (l'agrément peut être mixte ou non, c'est à dire limité ou non à l'accueil d'une seule des deux populations âgées ou handicapées), la capacité d'accueil (nombre de personnes accueillies et habilitation ou non à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale), la validité (il peut être provisoire et sont prévues les dates de renouvellement) et la nature des accueils (à temps plein ou à temps partiel).

D'autres restrictions peuvent être fixées comme, par exemple, le fait d'attribuer des agréments nominatifs, c'est à dire pour l'accueil d'une personne nommément désignée. Il s'agit, dans ces circonstances, de la régularisation de situations anciennes dans lesquelles les candidats à l'agrément ne réunissent pas toutes les conditions légales mais pour lesquelles il n'a pas été possible d'envisager le déplacement de la personne accueillie.

Fort de son agrément, la personne agréée va faire des offres d'accueil auprès des personnes âgées ou des personnes handicapées. En effet, le dispositif prévu repose sur un imaginaire social et familial selon lequel les familles d'accueil seraient gestionnaires des rencontres afin d'aménager leur accueil en famille !

Cet imaginaire est parfois battu en brèche quand les familles d'accueil sont sollicitées par des établissements sociaux ou médicaux, ou même des parents ou des représentants légaux.

2. LES CRITERES D'AGREMENT

Le postulant à l'agrément doit donc remplir un certain nombre de conditions prévues par le législateur. Ces conditions reposent sur des critères qui peuvent faire l'objet d'appréciations plus ou moins restrictives, et peuvent être complétées par des critères locaux.

Trois séries de critères peuvent être distinguées :

- des critères énoncés par les textes³⁵. Ils permettent, s'ils ne sont pas ou plus réunis, de justifier les refus ou les retraits d'agrément. Certains sont objectivables. D'autres, plus subjectifs, peuvent être contestés devant une commission de recours gracieux ou auprès du tribunal administratif.
- des critères qui peuvent être questionnés parce que non prévus par la loi dont ils restreignent la portée. Néanmoins, certains d'entre eux relèvent du bon sens et demandent à être évalués.
- des critères qu'il serait bon de recueillir parce que susceptibles d'apporter des éléments sur la capacité des personnes et des familles à assumer cette activité et sur les représentations qu'elles ont de l'accueil.

2.1. Les critères légaux

Les cinq critères légaux (garanties de sécurité et de bien-être, continuité de l'accueil, normes de logement, caractéristiques de la chambre, acceptation du suivi et du contrôle) renvoient à deux angles d'évaluation : l'un concerne les conditions matérielles de logement qui en principe peuvent être facilement évaluées, l'autre se rapporte au travail d'accueil qu'il contribue en partie à définir.

³⁵ - article 3 du décret n° 90-504 du 22 juin 1990

Les conditions matérielles

Tout candidat à l'agrément doit disposer d'un logement répondant à des normes fixées, à l'intérieur duquel une chambre, répondant à des critères de surface et de confort, doit être mise à la disposition de la personne accueillie.

Il semble évident d'avoir un logement à l'intérieur duquel une pièce, destinée à devenir la chambre réservée à l'accueil, est disponible. Mais ce critère fournit une indication précieuse sur l'organisation de l'espace d'accueil. La chambre est nécessairement située à l'intérieur du logement, obligeant ainsi à une proximité physique et relationnelle entre accueillant et accueilli.

Cette condition, qui paraît incontournable, a pourtant été oubliée en quelques circonstances. Certains établissements de soins ont ainsi engagé des procédures d'agrément pour des candidats qui n'avaient pas de logement adapté ou même pas de logement. Certes, il s'agit alors d'un agrément sous condition, mais il crée un lien de dépendance entre famille d'accueil et établissement qui ne repose sur rien de concret : ni un logement disponible, ni la capacité d'occuper son espace de vie et d'en réserver une partie aux personnes que l'on souhaite accueillir.

Autant que le respect des normes de confort, l'intérêt porté au logement et à la chambre devrait s'attacher plutôt à situer chacun d'eux dans leur environnement respectif. Selon que l'habitat est un habitat groupé ou dispersé, les ressources sociales ou de voisinage sont mobilisées différemment. Les moyens de communication participent à cette évaluation surtout si les personnes accueillies sont des handicapés qui peuvent avoir besoin de se déplacer.

L'intérêt accordé à la chambre doit porter sur sa localisation parmi les autres pièces de la maison, ceci autant pour vérifier que son accès est aisé que pour se faire une idée de l'espace réservé à la personne accueillie. Elle n'est pas au fond du jardin puisqu'elle fait partie du logement, mais est-elle du côté des autres chambres ou isolée dans un coin de la maison, dans les combles ou au sous-sol ?

De même, il peut être utile de connaître le contexte dans lequel la chambre destinée à l'accueil est devenue disponible. Vient-elle d'être expressément aménagée, en entraînant des frais que l'on espère pouvoir récupérer avec la rémunération de l'accueil, ou est-elle vacante du fait du départ d'un membre de la famille, ou encore les membres présents ont-ils été obligés de se serrer, des enfants doivent ainsi laisser leur chambre, pour faire de la place à un nouvel occupant ?

Les conditions qui contribuent à définir certains aspects de l'activité des familles d'accueil

Les trois autres critères énoncés par les textes portent sur les aspects contraignants de l'activité que les familles d'accueil doivent accepter. Leur appréciation oblige à multiplier des démarches qui, parfois, sont vécues comme inquisitrices sans que l'on puisse jamais être assuré de leur réalité.

La première condition à remplir porte sur la nécessité des "personnes composant le foyer d'accueil" de présenter "toutes garanties pour assurer sécurité et bien-être des personnes accueillies".

C'est la seule condition qui évoque l'entourage du candidat à l'agrément en terme de "foyer d'accueil", lequel est circonscrit aux personnes qui le composent. Elle s'appuie sur des critères à priori subjectifs qui vont trouver leur interprétation dans le recueil de documents susceptibles d'apprécier la moralité et la santé des personnes.

Ainsi, il sera demandé des fiches d'état civil, des extraits de casier judiciaire, des certificats médicaux, des certificats de vaccination, et ce pour toutes les personnes composant le foyer d'accueil. De plus, seront analysés les bulletins de salaire ou questionné le budget de la famille.

S'assurer de la sécurité des futurs accueillis amène également à s'intéresser aux animaux domestiques afin de vérifier leur non-dangerosité. Il pourra alors être demandé de justifier de leur vaccination.

Autant il semble facile d'apprécier le caractère adapté ou non du logement, autant il apparaît improbable, même en multipliant les précautions, de garantir que les personnes, voire les animaux, pourront assurer sécurité et bien-être.

En fait, il s'agit là de conditions difficilement évaluables au moment de l'agrément puisque projetant des attentions à venir, mais qui présentent l'avantage, en cas de doute, de motiver des refus d'agrément ou des sursis à statuer, au motif que santé et sécurité ne seraient pas assurés.

La seconde condition porte sur l'engagement des familles d'accueil à assurer la continuité de l'accueil. Il implique de désigner une personne qui pourra assurer l'accueil en cas de défaillance de la personne agréée, ou de prévoir une solution de remplacement satisfaisante.

Cette condition, dont la visée est à priori pertinente, apparaît comme une contrainte lourde dans la mesure où les familles d'accueil ne peuvent prétendre à des repos ou à des répit, sauf si elles mettent elles-mêmes en œuvre des solutions de remplacement. Soit elles s'appuient sur leur entourage, soit elles rémunèrent une personne qui va les remplacer, soit il est nécessaire de prévoir par contrat des temps d'absence de la personne accueillie, et dans ce cas, la famille d'accueil n'est pas rémunérée.

Si l'on peut comprendre certaines raisons qui ont conduit à insister sur la permanence de l'accueil, pour des personnes âgées notamment qui ne peuvent pas être déplacées facilement vue leur fragilité, cela donne à cette activité une coloration particulière, éloignée des avancées connues en matière d'accueil en famille (la possibilité de prendre des congés est accordée aux assistantes maternelles accueillant des enfants), ou de la simple reconnaissance d'une activité professionnelle qui suppose des temps de repos non pénalisés ou des congés rémunérés.

La troisième condition porte sur l'acceptation d'un suivi social et médico-social de la personne accueillie et d'un contrôle des personnes agréées. Bien évidemment, cette acceptation doit être obtenue facilement de demandeurs intéressés.

Cependant, elle ne présage en rien ni de la qualité de l'accueil, ni de la capacité de collaboration avec les professionnels assurant suivi et contrôle. Capacité qui dépend autant des familles d'accueil que des modes d'intervention mis en place. En effet, les actions de suivi et de contrôle, insuffisamment précises et souvent non distinguées, peuvent être vécues comme une intrusion dans la vie familiale et être la cause de conflits.

2.2. Les critères critiquables

Envahie par l'idéologie familiale parfois, soumise à l'idée qu'accueillir à son domicile ne saurait être une activité rémunératrice, que s'occuper de personnes âgées ou handicapées dans ce contexte doit rester un engagement humain ou militant ou au contraire devient de nos jours une activité suspicieuse, l'instruction d'une demande d'agrément ne peut se contenter de s'appuyer sur les conditions décrites ci-dessus.

C'est peut-être pour répondre à ce flou et à ces incertitudes que des critères non prévus par la loi sont institués, et ce de façon contradictoire. En effet, d'une part ils sont utilisés plus ou moins lisiblement pour accepter ou refuser un agrément mais ne peuvent servir à justifier le refus ; d'autre part, s'ils reposent sur un bon sens évident quand ils interrogent une dynamique familiale qui va être impliquée dans l'accueil, ils peuvent parfois n'être utilisés qu'à des fins restrictives sans fondement.

Ainsi, le critère de l'âge est fréquemment avancé. En deçà ou au-delà d'un certain âge, on ne pourrait prétendre être agréé. Or, l'activité d'accueil n'étant pas salariée et n'obéissant pas au code du travail, il ne peut être évoqué un âge de la retraite par exemple. Seule l'impossibilité pour le candidat de cumuler la rémunération de l'accueil avec une pension de retraite rendrait impossible la réalité de l'accueil, mais pas l'agrément.

Pourtant, ce critère est intéressant. En effet, si tout adulte peut postuler à l'agrément, le bon sens laisse penser que de trop jeunes candidats ou des candidats trop âgés ne pourront tolérer la réalité de l'accueil et/ou satisfaire aux besoins des accueillis.

De la même manière, la composition de la famille d'accueil, avec le souhait plus ou moins formulé que le candidat ne vive pas seul, devient un élément d'évaluation. Or la dimension familiale attendue est difficilement assurée par une personne seule. De plus, celle-ci ne peut trouver d'aide dans son entourage familial, autant pour assurer la permanence de l'accueil que pour partager ses difficultés.

Ces questions relatives à la dimension familiale sont récurrentes tant une famille évolue et peut voir arriver, ou s'éloigner, certains de ces membres.

Devra-t-on, par exemple, remettre en question l'agrément lorsqu'une famille dite traditionnelle, composée donc de deux adultes, devient monoparentale au détour d'un événement de la vie ? N'a-t-on pas alors à apprécier sa capacité à faire face à des imprévus, appréciation que seul un travail d'accompagnement peut assurer ?

Les revenus de la famille constituent un autre axe d'évaluation. Cependant, l'aspect financier est un critère à double tranchant : il est attendu des postulants qu'ils expriment leurs besoins pécuniaires (ainsi serait en partie mis à distance un désir de réparation envahissant et écrasant), mais dans le même temps ces besoins ne doivent pas être trop importants...

La nécessité d'un autre revenu familial vient confirmer ces attentes paradoxales. On peut comprendre que si le revenu de la famille dépend du seul accueil familial, les accueillants auront peu de moyens financiers tant les rémunérations peuvent parfois être faibles, mais surtout ils peuvent être amenés à supporter des situations d'accueil invivables afin de ne pas perdre leur revenu.

A un autre niveau, la nécessité d'un autre revenu familial laisse penser que l'activité d'accueil n'est pas une activité qui permet de vivre de son travail.

Ces critères d'âge, de composition familiale, de revenus, de moyens de déplacements parfois, qui ne peuvent être invoqués légalement pour refuser un agrément, devraient contribuer à mettre au travail les postulants, c'est à dire à les faire réfléchir aux différentes facettes et implications de leur activité. Dans cette optique, l'évaluation des candidats s'attacherait à approfondir la demande ainsi que le fonctionnement individuel et familial du postulant.

2.3. Des critères aux motivations

Certes la composition de la famille ou l'équilibre de son budget sont des indicateurs utiles. Néanmoins, l'attention que portent les familles d'accueil aux personnes accueillies est colorée de leurs motivations, de leurs attentes, de leur représentation des besoins des personnes ou de leurs difficultés, et de leur identification à des pratiques professionnelles diverses.

Cette attention familiale est à saisir dans son fonctionnement en terme de circulation des échanges, de connaissance partagée des règles et des valeurs familiales, de l'activité ou des intérêts de chacun. Dans ce sens, il est important d'identifier le porteur du projet, et de s'informer de l'adhésion ou non des autres personnes composant le foyer d'accueil puisque toute la famille sera peu ou prou concernée.

Ce travail d'évaluation porte en fait sur la capacité à verbaliser ses affects, ses émotions, à partager ses difficultés ou même à faire appel en cas de besoin, c'est-à-dire à ne pas rester seul, enfermé dans un monde de représentations stériles et incommunicables. Autant d'éléments fondamentaux qui informent quant aux capacités de penser des familles d'accueil, dans le sens où la pensée et la verbalisation du ressenti contribuent à construire l'expérience personnelle.

Dans ce sens, l'évaluation des candidats porte autant sur les représentations qu'ils se font de l'accueil que sur leurs moyens d'affirmer leur cadre familial et de se protéger de l'envahissement éventuel des accueillis. Protection rendue possible à partir de la capacité psychique à maintenir les règles de vie, à ne pas modifier le fonctionnement et les valeurs familiales au gré des besoins réels ou des fantaisies des personnes accueillies.

De telles conceptions personnelles rencontrent inévitablement l'histoire de la famille, de ses deuils, de ses pertes, et donc des manques à combler, qu'ils soient affectifs, psychiques ou financiers.

Le recueil de ces éléments a alors pour vocation, non plus seulement d'écarter un candidat, mais de le mettre en position de réfléchir au travail d'accueil et d'écouter son cheminement dans un souci d'élaboration partagée des besoins d'un adulte, de la place que l'on imagine lui proposer dans l'économie familiale avec, comme fil conducteur, que ce repérage de processus complexes va servir au travail d'accompagnement ultérieur pour orienter les aides que l'on devra apporter.

Travail de repérage des failles familiales avec pour objectif d'écarter, ou de contribuer à faire évoluer, des demandes qui ouvriraient sur des manques impossibles à combler tels, par exemple, les besoins de maternage excessifs, les désirs tout-puissants de réparer, de soigner, voire de se soigner qui cachent des blessures narcissiques encore vives, ou la fragilité familiale provoquée par des remaniements familiaux douloureux.

Parallèlement, il convient d'explorer la trajectoire familiale et identitaire du candidat que l'on peut aborder au travers de la proximité entretenue avec l'accueil familial.

Schématiquement, selon que l'idée de l'agrément a lentement germé ou que le candidat a lu quelques informations dans les médias, le chemin psychique parcouru sera fondamentalement différent. Dans un cas, l'espace d'accueil aura été construit à partir des échanges et des observations alors que dans l'autre, le candidat n'a que peu de représentations de ces futurs engagements.

L'évaluation porte donc sur la capacité de subvenir à des besoins ainsi que d'affirmer une présence qui peut se décliner selon différentes attitudes dont le point commun consiste à vivre avec, à vivre sa vie familiale avec un être pour lequel le vivre avec semble peu assuré tant il est dépendant.

Dépendance et défaillance de l'être qui l'amènent à vivre des relations pas toujours adaptées avec son environnement. Entre une trop grande proximité du vivre avec qui entraîne la vie familiale dans un mouvement fusionnel ou une trop grande distance relationnelle proche du délaissement, les sollicitudes familiales doivent contribuer à construire une distance relationnelle acceptable, sans être envahi par les difficultés de l'accueilli et sans le tenir à l'écart du fait de ses troubles.

Il est essentiel que la vie familiale assure cette présence si possible dégagée des attentes narcissiques qui voudraient que l'autre répare ses failles et qui se structurent sur le besoin de trouver quelque chose de soi dans l'autre. En effet, l'autre, accueilli, prend un tant soit peu sa couleur, sa forme, ses dimensions en fonction du regard qui lui est porté, regard conditionné par les signes de reconnaissance recherchés dans l'autre.

Equilibre familial difficile à appréhender tant il dépend de la rencontre et des besoins à assurer une présence dans laquelle le jeu familial est en permanence sollicité. L'accueil familial incarne cet espace où ce jeu est valorisé.

Cependant, si l'on n'y prend pas garde, ce jeu peut se livrer sans défense et s'épanouir sans limites. Ce qui s'y produit alors du dire, de la présence, du désir s'engouffre sans protection dans la dialectique du désir du désir de l'autre, ancré dans l'expérience inaugurale de l'Autre, mère toute puissante.

De fait, cette rencontre de l'autre ne se produit pas dans un lieu neutre. La scène est celle d'un espace dramatique défini comme familial. L'insistance à utiliser le signifiant famille devrait préoccuper chacun sur sa capacité à s'y projeter. Il est difficile d'imaginer que ce signifiant ne produise pas quelques effets, et ne soit pas organisateur de quelques attitudes.

3. AGREER

Autant les conditions d'agrément sont diverses et parfois inadéquates, autant faire acte de candidature est complexe, et parfois peu lisible. En principe, un candidat à l'agrément peut obtenir des informations sur le fonctionnement du dispositif d'accueil familial, le plus souvent en ayant recours aux guides et brochures mis à disposition par les départements.

La demande concrète d'agrément se fait auprès du conseil général du lieu de résidence qui, en retour, adresse au candidat un dossier mentionnant le cadre légal de l'activité ainsi que les conditions requises.

L'instruction de l'agrément n'est pas attribuée par les textes à un service désigné (contrairement à l'agrément requis pour accueillir des mineurs dont l'instruction est confiée au service de la protection maternelle et infantile). Ainsi, selon les départements, tel ou tel service (polyvalent, d'aide sociale, des établissements, médical) sera désigné pour cette mission qui peut être également déléguée, en partie ou en totalité, à une institution extérieure. Cependant, dans tous les cas, la décision appartient au conseil général, sur avis de ces différents services.

Actuellement, entre une demande d'agrément et une décision, s'écoule un délai relativement court, inférieur à six mois. Une commission d'agrément, composée de personnels départementaux, parfois complétée par des élus ou des représentants des institutions et associations locales, est chargée de traiter les dossiers instruits.

3.1. De l'agrément à l'activité : sélection et recrutement

Dans le cadre de l'accueil familial social, l'agrément est un passeport entre une famille et une famille d'accueil. Le continent famille d'accueil et ses mystères n'est atteint que lorsque la personne agréée est "recrutée", c'est à dire "choisie" par une personne âgée ou handicapée ou ses représentants, ou même les personnels d'établissements spécialisés.

Dans ce contexte, la notion de recrutement est bien entendu abusive, du fait des conditions de mise en place de l'accueil, de la nature du contrat passé entre accueillant et accueilli ainsi que du statut des accueillants.

Comme toute autorisation, l'agrément dépend de considérations que des textes, aussi précis soient-ils, ne pourront parfaitement maîtriser, tenant autant à la méconnaissance de l'accueil familial qu'à des idéologies locales ou personnelles. Les conditions de délivrance de l'agrément sont donc très disparates. Manque d'homogénéité qui amène à nouveau à s'interroger sur l'activité d'accueil familial et sur la place que cette ressource pourrait prendre.

Dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique, deux options non exclusives s'offrent aux établissements de soins : soit ils sélectionnent des familles d'accueil parmi celles qui sont agréées par le conseil général, soit ils recherchent d'autres familles. La seconde solution suppose que ces familles obtiennent l'agrément de l'établissement, l'évaluation des candidats devant alors comporter une enquête sociale.

Dans le premier cas, les établissements procèdent à un recrutement de familles préalablement agréées ; dans le deuxième, ils conduisent un agrément-recrutement.

Ces précisions sont importantes à deux niveaux :

- le recrutement n'est pas assujéti à l'obtention d'un agrément délivré par une administration travaillant dans un autre champ, celui du social.
- "l'agrément" délivré alors par l'établissement n'a aucun sens s'il n'est pas immédiatement associé à un recrutement. Il n'a en effet de validité qu'au regard de l'établissement qui le délivre.

Cependant, des établissements de soins tentent de différencier maladroitement agrément et recrutement, alourdissant abusivement les procédures et prenant le risque de ne pouvoir donner suite à un agrément. Par exemple, le service administratif d'un établissement agrée une famille d'accueil après des travaux d'aménagement de son logement alors que le service d'accueil familial émet des réserves sur son recrutement, l'évaluation ayant fait apparaître sa capacité limitée à travailler avec une équipe de soins.

3.2. Sélectionner

Quoi qu'il en soit, sélectionner des familles d'accueil en vue de leur agrément, ou afin de les recruter, relève de démarches similaires. En effet, s'il reste entendu que l'agrément et le recrutement n'ont pas la même valeur, ils ont en commun que des personnels mettent en œuvre des procédures qui doivent autant s'attacher à recueillir les éléments d'évaluation qu'à préparer la famille, ceci dans un processus de rencontre afin de faciliter le travail de collaboration ultérieur.

A ce titre, une similarité d'attentions et de précautions peut être décrite, ici plutôt du côté de l'agrément.

Remplir des conditions légales n'éclaire en rien sur les intentions des candidats qui vont pratiquer une activité susceptible de les mobiliser jusqu'au plus profond de leur être. C'est pourquoi un tel intérêt est porté à leurs motivations, autant pour tenter de percer les raisons qui les poussent à se donner aux autres que pour faire émerger des sentiments qui vont inévitablement contribuer à construire le rapport à l'autre.

Cette sensibilité aux motivations des candidats n'est pas totalement dégagée d'un idéal de famille que chacun porte en soi, et qui contribue à sélectionner et à interpréter subjectivement les attentes ou les intentions exprimées.

Or, interroger les candidats sur leurs propres motivations suppose que, d'emblée dans des procédures de sélection, ils puissent s'offrir transparents. Le plus souvent, les réponses sont codées, élaborées par des rationalisations secondaires, soumises à l'idéologie dominante et aux attentes du sélectionneur.

Quels sont donc les moyens permettant d'opérer une sélection la plus adéquate possible des familles d'accueil ? L'utilisation d'outils de sélection plus ou moins sophistiqués ne doit pas empêcher un processus de rencontre entre sélectionneur et famille d'accueil, d'autant que parfois ces sélectionneurs pourront être ultérieurement les accompagnateurs de l'accueil familial.

Ces fonctions sont incompatibles, mais elles se complètent si les sélectionneurs savent agir avec discernement. En effet, les informations recueillies lors des entretiens de sélection deviennent des indicateurs sur les capacités des candidats, indicateurs sur lesquels se construit et s'appuie le travail d'accueil à accompagner.

La nature et l'utilisation des moyens retenus pour évaluer les capacités des candidats sont au moins aussi importantes que de s'assurer que les conditions relatives à l'agrément sont réunies.

C'est pourquoi les procédures d'agrément qui utilisent des grilles d'analyse, ou s'appuient sur des entretiens d'obédience psychanalytique ou systémique visant les motivations inconscientes ou l'équilibre familial, doivent être maniées avec prudence.

Si certains de ces outils constituent un guide utile pour aborder les différents points à évaluer afin de ne rien oublier, ils ne doivent pas faire perdre de vue l'essentiel de ce travail d'évaluation, à savoir qu'il puisse contribuer à connaître l'autre, à préparer le travail d'accompagnement futur et à favoriser une rencontre entre personnes ou services participant à l'accueil familial qui exige une implication forte de chacun, et ce dès l'agrément.

C'est l'être qui est concerné, autant celui de la personne candidate que celui de la personne qui la rencontre. Tout ceci dans un profond respect pour les familles d'accueil, et après s'être défait de ses fantasmes plus ou moins dépendants d'une quête de famille idéale.

Cette tentative de connaissance la plus complète possible, au vu des difficultés de l'évaluation autre que matérielle des capacités à accueillir, se traduit parfois par des procédures longues et complexes qui ont alors pour effet pervers de renforcer chez les candidats qui réussissent le sentiment qu'ils sont les meilleurs accueillants, les meilleurs réparateurs. Instaurant ainsi une difficulté à travailler en équipe, c'est à dire à discuter, à être discuté, remis en question.

Un tel approfondissement est en fait inutile car nous savons bien que les éléments structurants de l'accueil, ceux qui vont organiser les rapports entre ces acteurs, ceux qui renforceront des positions défensives ou serviront à l'élaboration de développements thérapeutiques, ne se manifestent qu'au long du travail d'accueil, dans sa durée, dans ses étapes, dans ses moments agréables, dans ses drames, dans la répartition des pouvoirs, dans la dynamique des échanges, dans les signes de reconnaissance, dans les fonctions que l'on occupe dans son rapport à l'autre.

Ainsi, des procédures trop longues ou inquisitrices, non seulement ne permettent pas de repérer la dynamique constructive qu'offrent les familles d'accueil, mais peuvent avoir des effets secondaires plus ou moins néfastes. Ainsi de la toute-puissance des familles d'accueil qui ne facilite pas un travail de collaboration, et des investigations touchant à l'intimité des personnes ou de la vie familiale qui disqualifient les personnels qui les mènent tant celles-ci ne peuvent être abordées dans un travail d'agrément.

Inventer des protocoles sophistiqués n'aide pas plus, tel que convier tous les membres de la famille à des entretiens systémiques par exemple. Non seulement il s'agit parfois d'une démarche de thérapie donnée à un non demandeur, mais en plus elle va permettre de pointer les déséquilibres familiaux qui, une fois connus, rendront difficile d'envisager un agrément, tant à chercher la petite bête on la trouve...

3.3. Un protocole ?

Il est surprenant de constater combien les équipes agissent sans définition préalable de leurs tâches, alors qu'un protocole réfléchi, connu de tous, permet de rassembler en un minimum de temps et de moyens les éléments essentiels. Certes il ne présage pas de la décision qui reste parfois difficile à prendre, tant les différentes personnes peuvent avoir des sentiments contradictoires sur la qualité des candidats.

Le premier contact entre candidat et service de sélection doit contribuer à recueillir des informations portant sur le déclencheur de la demande : comment le candidat a-t-il été informé de l'activité de famille d'accueil ?

Le déclencheur de la demande est de nature différente, et amène à une connaissance plus ou moins réelle de l'activité, selon que le candidat aura été informé par les services du département, qu'il aura lu un article dans la presse ou répondu à une annonce de la rubrique emploi, ou encore qu'il fera sa demande après avoir vu et connu une personne de son entourage exercer l'activité. Dans ces circonstances, par exemple, la candidature suit un travail de réflexion et d'échange avec l'entourage, pour se projeter dans une activité similaire après qu'aient été imaginés la vie familiale et l'accueil.

A propos des annonces que passent parfois les établissements, il y a lieu d'être prudent dans les formulations. Ainsi que cherche-t-on lorsqu'on mentionne "hôpital psychiatrique recrute famille d'accueil pour adultes malades mentaux". Toute famille qui se présenterait à partir d'un tel texte devrait être légitimement suspectée de dérangement mental. Qui, en effet, n'a pas peur de l'hôpital psychiatrique et des fous ?

De plus, ce type de message induit une représentation psychiatrique de l'accueil alors que les familles d'accueil doivent contribuer à sortir de cet enfermement. Pourquoi ne pas indiquer en l'occurrence "service d'accueil familial thérapeutique recrute famille d'accueil pour participer à la réinsertion d'adultes en difficulté" ?

Dès le premier contact, et avant toute autre démarche, il est nécessaire d'informer les candidats le mieux possible autant sur le cadre légal que sur les différents aspects de leur future activité. A ce point, un contact personnel est préférable car les informations peuvent être données par une personne parfaitement informée du cadre administratif et réglementaire

D'où l'intérêt d'organiser une réunion d'information préalable où peuvent être conviés plusieurs candidats afin de susciter des échanges entre eux et avec les animateurs, et à laquelle peuvent être invitées une ou des familles en activité afin qu'elles évoquent leurs histoires d'accueil.

Une réunion ainsi organisée a plusieurs objectifs : informer certes, mais aussi mettre au travail tout candidat potentiel à partir des représentations qu'il va élaborer de son accueil familial au travers de l'expérience que tentent de faire partager les familles d'accueil présentes.

Il n'est pas surprenant de constater combien parfois les candidats peuvent méconnaître l'accueil familial, et combien donc peuvent être dissuasives ces réunions pour des candidats peu informés ou peu au clair quant à leur démarche.

A l'issue de cette réunion, il peut être recommandé aux candidats de réfléchir, d'en discuter dans leur environnement familial avant de confirmer leur demande. La première visite à domicile ne devrait avoir lieu qu'après que les candidats aient confirmé leurs intentions en "toute connaissance" de cause.

L'évaluation de la demande se poursuit donc par une visite à domicile qui a deux objectifs : s'assurer que les conditions matérielles d'accueil sont bien réunies, et s'informer autant que possible de la dynamique familiale en prévoyant cette visite à un moment où plusieurs personnes du foyer pourraient être rencontrées afin d'appréhender la réalité de la participation de chacun au projet d'accueil.

Il est en effet inutile d'entreprendre des entretiens d'investigation avant que ces éléments matériels et familiaux n'aient été vérifiés.

Deux personnes peuvent être chargées de cette visite dont une assistante sociale, plus disposée, de par sa formation, à instruire les différents éléments d'une enquête sociale.

Ce n'est donc qu'après ces vérifications qu'il convient de s'intéresser au fonctionnement familial, aux attentes de chacun, à l'élaboration du projet d'accueil ainsi qu'aux péripéties de l'histoire familiale.

Deux ou trois entretiens avec le candidat, voire avec le candidat et son conjoint, sont suffisants. Ils peuvent être conduits par des professionnels ayant différentes qualifications, intervenants sociaux, psychologues, qui exploreront les diverses zones des représentations des candidats.

Enfin, il paraît important qu'entre ces moments (information, visite à domicile et entretiens), les candidats soient accompagnés par un intervenant qui serve ainsi de fil conducteur, et puisse également être à l'écoute de l'évolution des discours.

L'ensemble de ce travail doit être mené par des personnels formés et connaissant l'accueil familial. Ainsi, ils peuvent mettre à profit l'étape de l'agrément pour créer un espace de travail possible avec les familles d'accueil en instaurant un lien, une permanence et une assurance, autant de réalités et de ressentis qui deviendront les points d'appui pour intervenir auprès de la famille et l'aider dans son travail d'accueil.

CHAPITRE V

LES PERSONNES ACCUEILLIES

Dans leur diversité, les bénéficiaires de l'accueil familial possèdent quelques caractéristiques communes. Ils ne sont pas, ou plus, suffisamment autonomes pour prendre en charge leur vie au quotidien. Handicap existentiel aux multiples origines et aux multiples manifestations qui, au delà de son ancrage physique ou psychique, traduit pour une part la délitescence du lien social.

Les difficultés qu'ils éprouvent, du fait de leur âge, de leur maladie ou de leur handicap, créent un vide relationnel que leur entourage social ou familial ne peut seul combler. Ils ont donc besoin des autres pour les accompagner dans la vie, quelques fois vers la mort. Soutien et aide auxquels peut en partie contribuer une famille d'accueil.

Malheureusement, ce n'est pas toujours pour répondre à ces besoins sociaux et relationnels que sont convoqués les familles d'accueil et l'entourage qui constitue plus ou moins un dispositif d'encadrement. C'est ainsi que sont dirigées vers l'accueil familial des personnes si dégradées, et exigeant tant de présence et d'attentions soignantes, que les familles d'accueil ne peuvent suffire, ni d'ailleurs les relais relevant de l'aide à domicile dont elles peuvent bénéficier.

De plus, assigné à cette place, il n'est pas espéré de l'accueil familial qu'il induise des changements quant à l'état des personnes. Certes, une famille d'accueil ne pourra éviter l'avancée en âge, modifier la structure d'un schizophrène, annuler un retard psycho-moteur, ou faire marcher un paralytique, mais, et c'est là toute la richesse de l'accueil familial, elle pourra contribuer à maintenir, parfois à restaurer, les capacités relationnelles d'une personne souffrant de telles pathologies.

Pour qu'un tel objectif soit atteint, ne devraient être orientées en accueil familial que les personnes auxquelles les familles d'accueil peuvent apporter l'attention et le réconfort dispensés dans le quotidien d'une vie familiale partagée.

Malheureusement, ces apports familiaux restent pour une large part méconnus et difficiles à appréhender. Les attentes sociales telles qu'elles s'expriment dans les textes et l'organisation actuelle des dispositifs ne portent pas sur ces aspects intrinsèques au "travail" d'une famille.

De fait, l'accueil familial n'apparaît pas encore comme une solution adaptée au traitement des difficultés des adultes. Ce qu'il est, bien au-delà des espérances, dès lors que l'on a les moyens de se pencher avec intérêt sur la réalité de ce que peut proposer une famille d'accueil accompagnée et soutenue par des professionnels avisés.

Lorsque l'on s'intéresse au profil des populations accueillies et aux modes d'orientation, on constate à quel point la dynamique relationnelle de l'accueil familial n'est pas perçue et donc pas utilisée, et à quel point les insuffisances actuelles doivent être palliées. Notamment pour les personnes handicapées dont la relative jeunesse devrait amener à penser en terme de projet d'accueil, et donc d'indications.

En effet, au regard de leurs difficultés, les personnes accueillies ne définissent pas elles-mêmes leurs besoins de prise en charge en accueil familial ou en établissement. Elles sont dépendantes de choix pensés par d'autres, et à ce titre, elles ne sont pas acteurs de leur placement même s'il leur reste la ressource de manifester leur adaptation ou leur refus. C'est notamment pour éviter de les assimiler à des objets de placement familial que cette appellation a évolué en accueil familial.

Ces orientations sont le plus souvent décidées par défaut, c'est à dire que l'accueil familial est évoqué après que toutes les autres solutions possibles n'aient pu répondre aux besoins des personnes. Les "choix" se font donc à partir de l'indisponibilité ou de l'inadéquation des autres ressources, mais également à partir de critères économiques, écologiques, occupationnels, géographiques.

Ce mode d'orientation est l'aboutissement de considérations diverses, rarement en rapport avec l'attente de ce que peut apporter de spécifique une famille.

Ce n'est donc pas par besoin d'une famille que des adultes sont dirigés vers l'accueil familial. Idée qui, par ailleurs, peut être difficile à faire partager à un bénéficiaire potentiel. Comment, en effet, présenter à un adulte le projet de son placement dans une famille d'accueil sans réveiller des vécus émotionnels intenses ?

Le poids de l'histoire et des représentations n'est pas étranger à cette utilisation des familles d'accueil par défaut, les considérant comme des fins de parcours pour des êtres que le handicap éloigne des attentions médicales ou sociales élaborées.

1. LES POPULATIONS ACCUEILLIES

Les familles d'accueil apportent des réponses fondamentalement similaires et font part de facultés d'adaptation remarquables, généralement sous-exploitées, aux différents besoins de populations définies respectivement par l'âge, le handicap et la maladie. Qualifications qui ne constituent pas trois groupes étanches s'excluant mutuellement, bien au contraire.

Par exemple, si globalement la répartition entre personnes âgées et personnes handicapées en accueil familial est équilibrée, les catégories administratives sont ainsi faites que les personnes handicapées sont considérées comme des personnes âgées dès 60 ans.

Cette distorsion corrigée, on peut estimer que plus de la moitié des personnes sont en famille d'accueil du fait de leur handicap, selon une répartition approximative de 60% de personnes handicapées et de 40% de personnes âgées.

De plus, ces personnes évoluant d'une appellation à l'autre, de handicapé à personne âgée, sont issues pour la plupart de services de psychiatrie, essentiellement de l'hospitalisation, ce qui suppose un autre glissement du statut de malade mental à celui de personne âgée dès que les patients hospitalisés ont atteint 60 ans.

Un glissement similaire s'est opéré pour le tiers des personnes handicapées placées en accueil familial social qui vient de services de psychiatrie, passant donc du statut de malade mental soigné par un établissement de soin à celui de handicapé confié à une famille d'accueil.

Enfin, peut-on parler de glissement du fait de l'âge ? En effet, toujours à propos des personnes handicapées, un quart est issu de l'accueil familial des enfants. Dans ces circonstances, l'accueil familial est une continuité de prise en charge qui se poursuit dans la même famille d'accueil et s'accompagne d'un changement de statut de celle-ci.

Etudier chacune des populations aujourd'hui désignées pour l'accueil familial permet d'appréhender quelques spécificités de chacune d'elles, mais surtout de saisir la réalité de ces glissements, et de s'inquiéter de la disparité des réponses, parfois de leur inadéquation, pour les personnes handicapées notamment tant leurs troubles psychiques nécessitent un accompagnement spécialisé.

1. 1. Les personnes âgées

L'accueil familial concerne près de 6000 personnes âgées dont certaines sont des personnes handicapées qui ont vieilli. Par comparaison avec les ressources en établissement, ce mode de prise en charge reste largement minoritaire, ne représentant que 1% des places offertes à cette population.

Avant l'accueil, la majorité des personnes âgées vivaient à leur domicile, le placement ayant eu lieu à la demande de la famille le plus souvent, lorsque celle-ci ne peut pas, ou plus, s'occuper de son parent âgé devenu dépendant.

En raison de l'âge des personnes et des motifs de l'orientation, l'accueil familial des personnes âgées est un accueil à temps plein.

L'analyse des caractéristiques des populations âgées montre que l'accueil familial répond pour elles à trois types de besoin qui demandent chacun une attention et une aide spécifiques.

Un premier type de besoin est lié à la dépendance des personnes âgées du fait de leur grand âge : la moitié a plus de 80 ans. Ces personnes, majoritairement des femmes, ne peuvent plus rester à leur domicile et assumer leur quotidien malgré les aides disponibles

Les familles d'accueils, alternatives à une prise en charge dans un établissement, par choix ou par nécessité, sont sollicitées comme lieu "d'hébergement" de fin de vie nécessitant alors le traitement spécialisé de la dégradation de leur état. Dans ces situations, les personnes accueillies ont besoin de soins de nursing, et leur âge avancé suppose d'envisager un accompagnement à la mort.

Ceci a au moins deux conséquences : la nécessité de prévoir des actions de soin complémentaires à l'accueil familial, et la nécessité d'un travail de soutien et d'accompagnement de la famille d'accueil.

Un autre type de besoin amène à utiliser les familles d'accueil comme lieux de convalescence, avant le retour à domicile dans certains cas.

En effet, près de 20% des personnes âgées viennent d'établissements de santé qui, dans ces circonstances, les ont très souvent orientées vers des familles d'accueil après une hospitalisation.

A leur sortie, ces personnes ne sont pas suffisamment autonomes pour rentrer chez elles, au moins momentanément.

Le temps de l'accueil familial suppose donc que des soins leur soient prodigués, et que la famille d'accueil participe au projet de retour au domicile lorsqu'il est envisageable.

Dans ces deux situations conduisant à l'accueil familial, la présence de la famille naturelle est relativement fréquente, celle-ci participant parfois à la recherche de la solution famille d'accueil. Par ailleurs, les personnes âgées concernées sont rarement sous tutelle, et lorsqu'elles bénéficient de mesures de protection, elles sont assurées par la famille.

Il est donc nécessaire de prévoir des interventions pour mettre à distance la culpabilité des parents qui ne peuvent s'occuper de leurs aînés, d'autant que les difficultés relationnelles entre famille de la personne accueillie et famille d'accueil sont souvent à l'origine de complications.

Un troisième type de besoin répond à la déchronicisation psychiatrique, pour des personnes âgées plus jeunes (entre 60 et 69 ans), en général sous tutelle, et dont la famille naturelle est absente.

Ceci est manifeste dans des départements où l'accueil familial constitue un mode de sortie de l'hospitalisation psychiatrique, et dans lesquels les services de psychiatrie n'ont pas organisé l'accueil familial thérapeutique, mode de soin qui, de toutes façons, s'avérerait inadapté pour des populations aussi âgées.

Ici, un accompagnement spécialisé de la personne accueillie est à prévoir en articulation avec les services de secteur psychiatrique. De même, ces situations nécessitent un soutien à la famille d'accueil dans le quotidien de ses rapports avec des populations qui présentent des troubles relationnels importants, et sont psychologiquement fragiles et/ou difficiles.

1.2. Les personnes handicapées

L'accueil familial concerne également près de 6000 personnes handicapées qui se répartissent équitablement dans les tranches d'âge de 20 à 59 ans. Les hommes sont un peu plus nombreux que les femmes.

Très minoritaire, mais moins que pour les personnes âgées, ce mode d'accueil représente 7% des places en établissement offertes aux personnes handicapées.

Contrairement aux personnes âgées, les trois quarts des personnes handicapées viennent de prises en charge institutionnelles, à savoir d'établissements de soins, de services d'accueil familial d'enfants, ou parfois d'établissements pour handicapés. L'accueil familial constitue une suite à une prise en charge devenue inadaptée, ou beaucoup plus rarement un complément à une prise en charge institutionnelle.

En effet, la quasi-totalité des personnes handicapées est accueillie à temps plein. Ainsi, malgré leur âge peu avancé (près de la moitié a moins de 40 ans), la plupart des personnes handicapées reste en permanence et longtemps dans la famille d'accueil. Il est possible de s'interroger à propos des occupations quotidiennes de ces populations, et sur la capacité des familles d'accueil à gérer leur temps ou à mettre en place des activités.

Enfin, ne peut-on pas penser à la nécessité qu'il y aurait à leur proposer des projets d'accueil ou de vie complémentaires à ce qu'une famille d'accueil peut offrir ? En effet, certains de ces handicapés retournent à leur domicile après un passage en famille d'accueil. Ces situations peuvent être dues à l'organisation d'un accueil à titre transitoire, mais peuvent aussi s'expliquer par un effet bénéfique de l'accueil familial.

Ces projets de sortie se développent pour les patients de l'accueil familial thérapeutique qui peuvent bénéficier d'autres prises en charge (hôpital de jour par exemple) ou travailler en milieu protégé.

Trois principaux modes d'entrée des personnes handicapées en accueil familial se distinguent.

Le plus grand nombre est issu des services de psychiatrie. L'orientation vers l'accueil familial témoigne de l'évolution de la psychiatrie et des contraintes économiques qui l'accompagnent, des transferts de charge qu'elles peuvent induire, mais aussi du manque de places en établissement et/ou de ressources diversifiées susceptibles de répondre à l'évolution des personnes hospitalisées en psychiatrie.

Dans ces circonstances, un accompagnement soignant adapté est à prévoir, de même qu'un projet de vie pour des populations relativement jeunes.

Dans le cadre de ces projets, il y a une raison supplémentaire pour réfléchir à l'articulation entre dispositif d'accueil familial thérapeutique et dispositif d'accueil familial dit social, de manière à bien situer ce dernier du côté de l'accueil familial, de sa spécificité, de ses potentialités et non du côté des aides ménagères à domicile.

Un pourcentage important est issu du placement familial d'enfants. On peut penser que ce sont là des situations héritées de l'ancien mode d'organisation du placement familial des enfants appréhendé alors comme accueil de substitution. Ces accueils se placent dans le registre d'une "adoption" de l'accueilli par la famille d'accueil, ce qui interroge la relation entre handicap et placement familial durable, les pratiques de placement familial et l'existence de projets de vie.

Dans ces circonstances, le statut des accueillants est modifié lorsque l'enfant devient un adulte, modification qui devrait s'accompagner d'une ré-interrogation de la dynamique familiale et d'une nécessité de penser, au travers de la mise en place de projets de vie, à l'avenir des jeunes adultes.

De plus, il y a ici un argument pour harmoniser le statut des accueillants d'enfants et celui des accueillants d'adultes.

Ces populations, le plus souvent sous tutelle exercée par des associations, et pour lesquelles les parents n'ont pu être un recours ou ne le sont plus depuis longtemps, trouvent en famille d'accueil des repères sociaux et/ou affectifs stables, favorisant le développement d'un sentiment d'appartenance partagé.

Enfin, un petit nombre de personnes handicapées étaient à domicile avant d'être orientées vers des familles d'accueil.

Les parents, plus ou moins présents, ou demandeurs du placement, doivent être accompagnés pour apporter des solutions à leurs difficultés, mais aussi afin de les aider à affronter leur sentiment de culpabilité.

Marginalement, l'accueil familial devient un accueil de fin de semaine pour quelques personnes handicapées prises en charge dans des établissements médico-sociaux³⁶. Ce fonctionnement pourrait s'expliquer par la conduite d'un projet de vie global intégrant l'accueil familial.

1.3. Les malades mentaux

Près de 3000 malades mentaux venant de services de psychiatrie bénéficient de l'accueil familial thérapeutique. Cette population, majoritairement masculine, souffre de troubles psychotiques ou de déficiences mentales pour lesquels elle a été hospitalisée, dans les deux tiers des cas, pendant plus de cinq ans.

Ainsi, si l'accueil familial thérapeutique peut constituer une première séquence soignante, il reste encore une indication, faute d'autres solutions, pour des patients chroniques ayant un long passé institutionnel.

Ceci s'explique notamment par la relative nouveauté qu'est l'accueil familial thérapeutique pour certains services.

³⁶ - il s'agit d'établissements régis par la loi d'orientation du 30 juin 1975

De plus, orienter vers l'accueil familial thérapeutique des patients chronicisés pèse considérablement sur les projets possibles, et par là même sur les sorties souhaitables. Souvent, il n'y a pas d'après accueil familial³⁷.

Lorsqu'une solution est possible, elle concerne des patients qui sortent de l'accueil familial thérapeutique vers une forme de vie plus autonome, ou vers l'accueil familial social, ou encore retournent dans leur famille ou dans leur institution d'origine. Pour les autres, le parcours d'accueil se conclut par une réhospitalisation avant qu'un autre projet soit élaboré.

Une question spécifique touchant à l'organisation générale de l'accueil familial thérapeutique hante les services et leur capacité à anticiper des projets de réinsertion. Elle porte sur le statut des patients qui sont considérés comme hospitalisés alors qu'ils vivent hors de l'hôpital.

Ce statut entraîne une dépendance étouffante de l'établissement hospitalier, mais surtout relève d'une curieuse conception de la situation : comment justifier ces lits d'hospitalisation en famille ? Qui sont donc ces personnels employés pour offrir des lits d'hospitalisation à leur domicile ? De quels déplacements économiques, administratifs, thérapeutiques, est tributaire ce placement familial ?

Hospitalisés, les patients sont soumis à un fonctionnement peu compatible avec leur nouvel environnement familial et social. Leurs revenus³⁸, lorsqu'ils sont bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé, sont insuffisants pour leur permettre de préparer une réinsertion. Ils dépendent financièrement de l'hôpital pour des actes importants de la vie courante : vêtue, déplacements, achat de médicaments, loisirs.

Pour ne pas entraver le travail de réinsertion, de re-socialisation, d'autonomisation, des dispositions administratives devraient favoriser la participation de ces patients à l'environnement socio-économique dans lequel ils sont en permanence interpellés.

³⁷ - notamment dans les deux colonies familiales qui représentent près de la moitié des patients concernés

³⁸ - leur allocation adulte handicapé est réduite et ils paient le forfait journalier

2. INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Evoquer l'accueil familial en terme d'indication ou de contre-indication suppose que toutes les personnes dépendantes ne peuvent en bénéficier. De plus, cela suppose qu'une autorité de placement a suffisamment de présence et d'expérience pour évaluer les difficultés physiques ou psychiques des personnes, et pour penser à une orientation adaptée. Evaluation qui, dans le cas de l'accueil familial, ne peut se faire sans une bonne connaissance des familles d'accueil, de ce qu'elles peuvent apporter et du cadre d'intervention dans lequel elles se situent.

Quoiqu'il en soit, réfléchir en terme d'indication ou de contre-indication ne présage en rien de la qualité de l'accueil familial, tant celui-ci est fondé sur l'alchimie d'une rencontre entre une famille et un accueilli, rencontre préparée et accompagnée par des intervenants.

Dans ces conditions, une "bonne indication" pensée dans l'absolue, sur la base d'une évaluation concrète des aptitudes physiques ou psychiques, peut se révéler inadaptée pour telle ou telle famille d'accueil. En effet, au-delà de l'indication, il s'agit souvent d'une adéquation à trouver entre les capacités familiales et les difficultés de la personne.

Etre prudent sur l'orientation en accueil familial est aussi important pour le confort des bénéficiaires que celui des familles d'accueil. Une personne incapable de participer à la vie familiale, ou n'apportant pas aux familles d'accueil les satisfactions narcissiques inconsciemment recherchées, risque de s'isoler, ou d'être traité comme un objet de peu de soin et d'attention tant une famille d'accueil, comme quiconque, ne peut s'intéresser à l'autre sans jamais recevoir en retour des gratifications affectives ou émotionnelles. Dans ces circonstances, une certaine forme de maltraitance n'est pas loin.

De même, une personne extrêmement dépendante ne pourra trouver de satisfaction à ses besoins, sauf à épuiser un accueillant qui, dans l'attention permanente à apporter, risque de délaisser sa vie familiale et d'y perdre ses repères personnels.

2.1. Des indicateurs pour les indications

A partir de ces considérations, deux indicateurs peuvent contribuer à cerner les limites de l'accueil familial. Ils s'appuient sur la qualité de la relation essentielle pour que l'accueil se déroule sans trop de difficultés, et sur les échos que celle-ci peut avoir pour l'accueilli et son histoire familiale, interpellés par la solution d'accueil familial mise en place.

Le premier indicateur porte sur la qualité des échanges en famille d'accueil, c'est à dire sur la capacité des personnes accueillies et des familles d'accueil à vivre des moments relationnels satisfaisants, chacun devant être capable d'y participer un tant soit peu.

Ainsi, une personne qui ne pourrait pas participer aux échanges avec son environnement, à supposer que ce type d'être humain existe, parce que trop isolé des autres du fait d'une détérioration de ses facultés mentales (démence par exemple) ou de la maladie (certains autismes) ne devrait pas être orienté en famille d'accueil.

Il s'agit là de populations pour lesquelles l'état ou la santé nécessitent des soins spécialisés et la présence permanente de plusieurs professionnels.

De plus, on ne voit pas ce que pourrait apporter une famille d'accueil à ces personnes si atteintes qu'elles ne pourraient pas bénéficier des échanges familiaux. Certes, la famille d'accueil fait des miracles, mais il est des pathologies ou des handicaps qui ne pourront malheureusement jamais en tirer quelque profit et qui, de plus, pourraient la déstabiliser .

Ces remarques portent sur les orientations vers l'accueil familial. Il va de soi que la qualité de l'attention d'une famille d'accueil est différente si la personne s'est dégradée durant l'accueil.

Le deuxième indicateur porte sur l'histoire familiale de la personne, ou plutôt sur la trop grande présence de sa parenté. Une personne chez qui la question familiale reste trop vive, c'est à dire que sa parenté réellement ou fantasmatiquement présente empêche la mise en œuvre des processus liés à l'accueil, est une indication à différer et à travailler.

Autant la personne accueillie que son entourage, même lorsque celui-ci semble absent parce qu'il ne s'occupe plus depuis longtemps de son parent vieillissant ou handicapé, doivent être informés du projet, le comprendre mais également y adhérer profondément, sans être remis en question à propos de leur identité familiale et des liens qu'ils n'ont pas toujours su entretenir.

A partir de ces indicateurs, il est possible de penser les contre-indications de l'accueil familial.

Les personnes trop dégradées physiquement ou psychiquement, profondément isolées dans leur maladie ou leur démence, ne peuvent pas bénéficier d'un accueil familial, parce que leur état nécessite plus de soins et d'attention que ne peut en donner une famille d'accueil.

Si l'état physique est relativement évaluable, il n'en est pas de même pour les altérations psychiques qui peuvent s'apprécier différemment selon l'environnement qui les prend en charge.

La limite devient alors la permanence du cadre familial qui ne doit pas être mis en danger. Ce qui suppose parfois d'intervenir, après des périodes d'essai ou des temps d'accueil, pour réorienter des personnes qui se montrent trop dépendantes dans les actes quotidiens ou qui ne peuvent participer aux échanges et aux modes de vie qui leur sont offerts. Interventions qui ne peuvent se faire qu'avec prudence autant pour soulager la famille d'accueil que pour apprécier l'état des personnes et le caractère évolutif de leurs troubles.

La dangerosité des personnes, ainsi que des conduites addictives qui ne trouvent pas de répit (alcoolisme par exemple) sont des contre-indications relativement plus reconnues.

En effet, il ne viendrait à personne l'idée d'orienter vers l'accueil familial des personnes à fort potentiel auto ou hétéro agressif (violence, risque de passage à l'acte, dangerosité potentielle), ni des personnes qui seraient en permanente quête d'alcool ou de stupéfiants. Une famille d'accueil ne peut faire face à la dangerosité, ni exercer une surveillance constante.

2.2. Des projets

Alors que les contre-indications servent autant à protéger la famille d'accueil que les personnes accueillies, les indications, au-delà de l'évaluation des capacités des personnes, devraient s'appuyer sur les projets sociaux ou thérapeutiques élaborés.

Pour ce, de nombreux facteurs sont à considérer tels l'état des personnes, leur trajectoire individuelle, les liens entretenus avec leur entourage familial et social, mais également la capacité d'un tiers organisateur à porter des projets de vie, de soins ou de réinsertion auxquels les familles d'accueil peuvent contribuer.

Un premier pas consiste à renverser les valeurs qui, jusqu'ici, conduisent à penser à l'accueil familial. L'orientation se fait par défaut de place dans un établissement, ou après que toute autre solution ait été envisagée.

De plus, les représentations traditionnelles de l'accueil familial, mode d'hébergement en dernier recours donc, ont contribué à déplacer vers des familles d'accueil des populations desquelles les différents services sociaux ou médicaux ne savaient plus que faire, sans espoir de changement, et dans une parfaite méconnaissance de l'accueil familial.

Au regard des populations actuellement accueillies et de celles qui pourraient en bénéficier, il est urgent de reconsidérer la place de l'accueil familial. A la fois, il peut se poser en alternative à des modes d'hébergement collectifs, mais, de par l'aide spécifique qu'il apporte aux personnes, il est possible de penser que tout accueil familial comporte un volet soignant qui doit être reconnu et valorisé.

De plus, la souplesse de sa mise en œuvre permet de l'adapter à des populations aux besoins disparates (accueil de proximité, à temps plein, à temps partiel...).

Pour des personnes âgées, les familles d'accueil peuvent être une solution de voisinage, contribuant au renforcement des solidarités pour des personnes qui ne veulent pas s'éloigner de leur cadre de vie.

L'ambiance familiale peut également être recherchée pour des personnes qui n'ont jamais connu les hébergements collectifs, ou qui éprouvent le besoin de trouver ou de retrouver une vie familiale idéalisée.

Pour les autres, essentiellement handicapés mentaux et malades mentaux, les familles d'accueil peuvent répondre de multiples besoins. Il peut s'agir d'une aide momentanée ou de longue durée qui leur permet de vivre dans les conditions normales d'évolution d'un être humain.

Intensité des échanges, qualité des relations, processus d'identification, sentiment d'appartenance, peuvent contribuer à l'évolution bénéfique, si ce n'est du handicap ou de la maladie, au moins des capacités relationnelles.

Ces projets peuvent répondre aux besoins de carencés affectifs qui n'ont pas d'inscription sociale ou familiale stables, tels parfois les jeunes adultes qui ont grandi dans des établissements pour handicapés ou encore des patients stabilisés dans leur maladie, des psychotiques par exemple, pour lesquels on constate une mobilisation inespérée de ressources occultées par l'hospitalisation.

En fait, l'accueil familial répond relativement bien à des populations malades de la relation, construites sur des distorsions relationnelles parentales qui, soit par défaut, soit par excès, n'ont pas permis une évolution satisfaisante de la personne. Les attentes que l'on peut alors avoir de l'accueil familial s'appuient sur une relation régulée que peut apporter une famille d'accueil aidée en cela par des intervenants.

A ces populations déjà traditionnelles de l'accueil familial des adultes, peuvent être associées d'autres populations atteintes de troubles modernes dus aux accidents de la vie.

Les différentes pathologies chroniques (traumatisme crânien, hémiplégie, atteintes du système immunitaire...) ou les ruptures sociales ne sont pas plus guérissables en famille d'accueil qu'ailleurs, mais certains adultes pourraient trouver là un lieu de récupération et d'inscription sociale.

CHAPITRE VI

INTERVENIR EN ACCUEIL FAMILIAL

Aujourd'hui, une famille d'accueil n'agit plus totalement seule, et ce quelle que soit la pertinence du dispositif d'accueil familial auquel elle est référée. Elle a rencontré des intervenants sociaux ou médicaux lors de sa sélection pour être agréée ou recrutée, et dès qu'elle accueille, se mettent en place des actions de suivi et de contrôle.

Environnement qui s'est manifesté également lors de l'organisation de l'accueil proprement dit. En effet, le plus souvent, l'accueil a été décidé ou pensé, voire parfois organisé, par un tiers, institutionnel ou familial. Plus ou moins présent selon les dispositifs, il a pu participer à la préparation de l'accueil et à sa réalisation.

Par ailleurs, les différentes dépendances ou pathologies des personnes accueillies supposent des aides ponctuelles ou régulières, pour assurer des soins de nursing par exemple, ou pour veiller sur les troubles d'un handicapé psychique. Sans toujours être inscrite dans des réseaux sociaux ou médicaux, l'activité des familles d'accueil est peu ou prou suppléée par les interventions de professionnels (tuteurs, aide à domicile, infirmiers...).

Ce tableau des interventions mérite d'être nuancé. En effet, elles dépendent autant du cadre légal qui reste peu explicite sur les moyens à mettre en œuvre pour aider les familles d'accueil et les intégrer à des réponses sociales ou médico-sociales, que des représentations de l'aide dont elles ont besoin.

Pour l'accueil familial social, la seule mention des notions de suivi et de contrôle construit des pratiques hétéroclites accompagnant ou surveillant plutôt le quotidien matériel de l'accueil.

Quant à l'accueil familial thérapeutique, malgré son champ circonscrit à un projet de soins élaboré dans un cadre plus concret, il n'empêche pas que se développent des pratiques diverses, et parfois peu adaptées, à un nécessaire travail d'accompagnement soignant.

Désordre des pratiques qui ne contribue pas à faire émerger l'idée d'un service organisé rendu à des populations en difficulté, et surtout qui ne traite pas l'aide et le soutien dont ont besoin autant les familles d'accueil que les accueillis.

En effet, au regard de ce qu'il implique de partage, de disponibilité à l'autre, de permanence de l'attention, le travail des familles d'accueil ne peut se déployer sans des interventions dont il va falloir étudier l'organisation, le sens et la nature.

La notion d'accueil familial en tant que service organisé prend au travers de ces actions toute sa valeur. Ce service est clairement assuré lorsqu'il se pose en tiers organisateur et médiateur des événements de l'accueil que sont la décision, la préparation, le placement, son accompagnement et son aboutissement. Tiers qui suppose donc que l'accueil familial repose sur au moins trois éléments (famille d'accueil, accueilli et intervenants) et qui fait référence à des tâches spécialisées et des fonctions spécifiques à soutenir.

La spécificité et l'intensité des processus relationnels qui se nouent entre famille d'accueil et accueilli exigent de tout intervenant des attentions particulières. Pour pouvoir être un accompagnateur bienveillant et accepté, il est nécessaire d'être vécu par chacun comme un partenaire, ce qui suppose une confiance mutuelle, et implique présence, permanence, régularité et personnalisation des contacts.

Cet accompagnement, basé sur une implication forte et continue des intervenants, se construit lors de toutes les étapes du processus d'accueil, et commence donc dès l'agrément ou le recrutement.

L'accueil familial convoque les intervenants à une vaste étendue de pratiques indispensables, parfois non répertoriées telles la préparation du placement, ou peu explicites lorsqu'elles sont seulement mentionnées telles la formation, ou même totalement inadaptées dans le cas du suivi et du contrôle. Inexistantes, peu élaborées ou inadéquates, ces différentes interventions souffrent également de ne pas être organisées entre elles.

Or, les professionnels travaillant avec les familles d'accueil sont impliqués à différents niveaux d'interventions : sélectionneurs, contrôleurs, accompagnateurs, soignants, spécialistes divers en fonction des problèmes des accueillis.

Ces différentes casquettes sont-elles portées par plusieurs professionnels, quitte à multiplier les intervenants au risque de les déresponsabiliser et d'éparpiller l'information, ou par quelques personnes parfaitement identifiées participant à la dynamique de l'accueil et à ses péripéties ? Intervenants qui, dans le meilleur des cas, devraient être formés à un accompagnement spécifique, contribuer à identifier un service où familles d'accueil et professionnels seraient à la disposition des populations en difficulté.

1. LA PREPARATION

Les pratiques en accueil familial ne peuvent être circonscrites aux actions prévues par les textes. Plusieurs étapes construisent l'accueil familial, qui n'est possible que si une famille d'accueil et un accueilli se rencontrent, c'est à dire apprennent un tant soit peu à se connaître et s'approprient avant d'envisager de vivre ensemble. Moments de rencontre fondateurs qui nécessitent d'être pensés, verbalisés, élaborés.

Tout projet de "placement" doit anticiper cette rencontre afin d'aider chacun à se défaire de ses projections et à être autant que possible à l'écoute de la réalité de l'autre. Pour l'accueillant, l'agrément ou le recrutement, lorsque ceux-ci sont adaptés, y contribuent en partie, au moins au niveau des représentations.

Préparer la personne accueillie consiste à l'aider à accepter de changer de cadre de vie, c'est à dire à faire le deuil de capacités perdues pour les personnes âgées notamment, à dessiner les figures d'une famille d'accueil et à penser la place qu'elle pourra occuper dans une vie familiale d'étrangers, c'est à dire à faire également le deuil d'une prise en charge intra-familiale.

Il s'agit en fait de lui permettre de s'approprier un accueil pensé par d'autres et de faire émerger les résistances ou les fantasmes qu'évoque la notion de famille. "Pourquoi une famille ? J'en ai déjà une" interrogeait un vieux monsieur à qui on avait parlé de famille d'accueil.

Travail d'appropriation qui réveille donc de "la famille", ce qui amène à s'interroger quant à la place de la parenté réelle ou imaginaire dans ses affaires familiales, et à envisager parfois une certaine préparation des parents afin que, le plus possible, ils puissent adhérer au projet retenu.

Ce temps de maturation permet d'ajuster les demandes, c'est à dire de penser au meilleur appariement possible entre les capacités d'une famille d'accueil et les besoins d'un accueilli. Sans jamais être sûr de la justesse des choix opérés tant cette nécessaire adéquation reste un travail de pensée mêlant autant des éléments du réel que des représentations des intervenants.

En principe, les attentes des familles d'accueil se sont plus ou moins bien exprimées lors de leur sélection, ce qui permet de se faire une idée de l'accueilli qu'elles idéalisent.

En principe aussi, lors de la prise de décision d'accueil familial pour un accueilli, il a pu être pensé ses besoins relatifs à une famille et donc imaginé également un idéal de famille pouvant y répondre. La prudence amène à comprendre qu'une bonne indication d'accueil familial prise pour un accueilli peut s'avérer une mauvaise adéquation, tant tout est affaire de rencontre émotive, affective, imaginaire, inconsciente.

La recherche du meilleur appariement conduit parfois à s'interroger sur la nécessité de trouver une famille d'accueil pour un accueilli ou un accueilli pour une famille d'accueil. Non seulement il s'agit des deux faces d'une même question, mais de plus, selon que l'une ou l'autre des propositions est faite, elle éclaire le versant sur lequel se situent les intervenants. Alors qu'il faudrait, dégagé des projections que chacun peut se faire de la famille ou de l'accueilli idéals, asseoir un travail de pensée et d'élaboration le plus neutre possible.

Ainsi, par exemple, une équipe de soignants tente de sélectionner une famille d'accueil adéquate, partagée entre la nécessité qu'elle puisse répondre aux besoins d'un accueilli tel qu'ils ont pu les évaluer dans un autre cadre, celui de l'institution, et l'intention plus ou moins consciente qu'elle ne soit pas trop adéquate car dès lors elle pourrait répondre trop bien à ses besoins et donc trop bien réussir.

Réussite qui peut revêtir plusieurs aspects et avoir quelques conséquences sur le travail d'accueil ou le ressenti des professionnels. Soit la "réussite" est telle que l'accueil répond aux attentes de la famille d'accueil et de l'accueilli, et dans ce cas il est difficile de faire évoluer un projet de soins. Soit la "réussite" est si spectaculaire que l'amélioration des troubles de l'accueilli amène les professionnels à s'interroger sur leur capacité soignante et à se trouver alors démunis devant un sujet qu'ils ne reconnaissent plus, supportant peu un sentiment de dépossession.

2. LA MISE EN PLACE DE L'ACCUEIL

Ecouter et élaborer les discours que chacun peut tenir est complété par la rencontre physique qui nécessite d'être présent afin de contribuer à la présentation de chacun. Confrontation structurée par les représentations sociales ou intimes selon que l'accueilli est âgé, malade mental ou handicapé, ou selon que la famille d'accueil est une famille traditionnelle, qui situe les organisateurs et accompagnateurs de l'accueil en place de médiateurs.

Ce qui suppose que ceux-ci connaissent autant les familles d'accueil que les accueillis, ce qui renforce l'idée que le placement soit organisé par des personnels ayant déjà partagé quelque chose avec chacun d'entre eux.

Cette présentation permet de réaliser combien parfois l'autre n'est perçu qu'en pâle écho des représentations que l'on a de lui et des attentes qu'on lui fait porter. Ces événements sont d'autant plus intenses que les familles d'accueil ou les accueillis seront nouveaux dans l'expérience et se sont longtemps attendus. Dans ces circonstances, cette appropriation d'un autre imaginaire doit être médiatisée et travaillée. C'est alors qu'un protocole de visites ou de période d'essais organisé par un tiers extérieur donne à chacun la possibilité de se familiariser avec la réalité de l'autre.

Dans ces moments de trop soudain élan empathique vers l'autre, il arrive très souvent que les familles d'accueil soient, par exemple, incapables d'entendre les bons conseils des intervenants, leur reprochant par la suite de leur avoir sciemment "caché quelque chose" des difficultés de leur hôte. En fait, alors que généralement l'information a été faite, elle n'a pu être entendue.

Ces reproches constituent l'un des invariants des relations entre familles d'accueil et intervenants-placeurs. Il repose sur du réel dans la mesure où les placeurs n'ont pas forcément tout dit, le plus souvent faute de savoir en fait grand chose de la vie ou des problèmes de l'accueilli.

Mais, à un autre niveau, il renvoie au vécu et à la place des familles d'accueil dont les conditions de travail ne sont pas prises en considération et les modes de reconnaissance insuffisants.

Par ailleurs, face à l'idée que l'on peut se faire encore des familles d'accueil comme un dernier recours en l'absence d'autre solution, elles manifestent leur compétence et leur savoir faire en faisant remarquer des détails que les intervenants n'avaient pas vus, ou mieux en réussissant là où ils ont échoué... Mais, ont-elles le choix ?

Ces processus défensifs naturellement en œuvre n'empêchent pas de se demander raisonnablement ce qui peut ou doit être dit aux familles d'accueil des difficultés d'un accueilli. En effet, doit-on faire partager sa connaissance de l'autre apprise dans un cadre déformant, l'institution par exemple, au risque de déformer en miroir les attentes des familles d'accueil et de stigmatiser ses réactions, ou doit-on ne pas tout dire au risque d'être suspecté de cacher des informations capitales pour l'harmonie familiale ou la sécurité des familles.

En fait, il est nécessaire de prévoir une intégration progressive de la personne placée dans la famille d'accueil, sur la base de plusieurs temps.

Tout d'abord, une visite accompagnée où chacun va se présenter, suivie d'entretiens pour verbaliser les premières impressions. Le plus souvent, quand l'attente de l'autre est réelle et quand l'expérience de l'accueil est nouvelle, chacun imagine pouvoir commencer sans plus attendre. Il est prudent de ne pas se laisser emporter par cet élan vers l'autre.

Un deuxième temps sous la forme d'une période d'essai qui peut être progressive avec repas ou nuits, voire quelques jours, et qui doit être suivie d'un bilan permettant d'ajuster ou de réajuster la réalité de l'autre.

Enfin, l'installation proprement dite avec signature de contrat et acceptation par chacun des conditions d'accueil après avoir, à minima expérimenté les capacités de chacun.

Malgré ces précautions, la dynamique en jeu entre famille d'accueil et accueilli est telle que celle-ci ne pourra échapper aux péripéties successives de la fusion et du rejet.

3. SUIVI ET CONTROLE : DES NOTIONS DISCUTABLES

Dès lors que les familles d'accueil sont reconnues, c'est à dire agréées aujourd'hui, elles travaillent sous surveillance que celle-ci soit invoquée sous les termes de contrôle ou de suivi.

Commun à un grand nombre de pratiques sociales, le suivi s'applique également à l'accueil familial, et semble aussi ancien que l'accueil familial lui-même. Pour l'essentiel, il consiste, lors de visites à domicile, à s'assurer du respect des conditions d'accueil et à éviter, ou à gérer les difficultés que rencontreraient tant les accueillants que les accueillis au fil de l'accueil.

A une confusion des genres entre contrôle et suivi se superpose un grand désordre des pratiques, chacun ayant inventé ses propres méthodes d'intervention en fonction de ses moyens, de ses angoisses ou de ses responsabilités. Parfois ces pratiques sont si différentes qu'il est permis de se demander si elles se rapportent au même objet, l'accueil familial, et à ses spécificités.

La surveillance des mouvements familiaux, qui ne peut s'exercer avec efficacité que sur leurs aspects matériels, est peu opérationnelle. Elle ne peut appréhender la qualité de la relation et ne permet donc pas d'éviter des dérives psychiques aussi préjudiciables que des manquements en matière de confort de logement ou de qualité de nourriture.

Un autre type de relation en accueil familial reste encore à inventer. La notion d'accompagnement pourrait contribuer à se démarquer de ces approches suspicieuses insatisfaisantes. Certes, chacun sait bien qu'un changement terminologique ne suffit pas pour changer les pratiques, les habitudes ou les savoir-faire qui les entretiennent.

C'est vers les mécanismes intimes de l'accueil familial qu'il faut se tourner pour réaliser combien un accompagnement et, surtout, des protocoles de travail partagés sont nécessaires pour faire taire les interprétations ou les subjectivités toujours promptes à se réveiller dans un domaine où la circulation des fantasmes est inévitable.

3.1. Suivi et contrôle : des pratiques inadéquates

Deux termes inscrits dans la loi, contrôle et suivi, qui en principe différencient deux modes d'intervention portant respectivement sur les accueillants et sur les accueillis, sont banalisés dans le quotidien du travail au point de n'être pas différenciés.

En effet, le contrôle, répandu dans l'usage général avec le sens figuré de surveillance, se trouve appliqué également aux accueillis dont l'état ou l'évolution est sous surveillance. Ainsi, de glissements en glissements, s'exerce un suivi de l'accueil familial qui prend la forme d'un contrôle, avec une indifférenciation des pratiques et où la suspicion devient la règle.

Tous les dispositifs d'accueil familial, social ou thérapeutique, sont peu ou prou emportés par cette vague suspicieuse, oubliant alors les registres affectifs ou émotionnels dans lesquels se déploient la vie familiale et l'accueilli qui la partage. Certes, surveiller et superviser cette entreprise familiale si étrange est nécessaire, mais ceci s'opère bien évidemment lors des différents échanges ou moments de rencontre, tant avec la famille d'accueil qu'avec l'accueilli, qu'il ne faut pas hésiter de susciter.

3.2. Suivi et contrôle : des pratiques non différenciées

L'entreprise de surveillance généralisée de l'accueil familial se traduit sur le terrain par des pratiques de contrôle et de suivi non différenciées ni dans le fond (de qui et de quoi s'enquérir ?), ni dans la forme (prévenir ou non ? Fréquence des contacts ? Modes d'intervention à domicile ou non ?).

Ainsi se succèdent des visites à l'improviste ou annoncées sans que quiconque en connaisse les tenants et les aboutissants. Certes, l'essentiel est assuré puisque l'accueilli et l'accueillant continuent leur chemin d'accueil mais a-t-il été répondu aux besoins que l'un ou l'autre ne savent ou ne peuvent exprimer dans ces circonstances ?

Ces hésitations organisationnelles sont manifestes qu'elles soient en œuvre dans les départements ou dans les établissements de soins. Encore que certains se rendant compte de l'inadéquation de ces rapports contrôlants avec les familles d'accueil tentent de les faire évoluer.

Les tentatives de différenciation butent sur le fait que le suivi et le contrôle s'effectuent lors des visites à domicile. Certes le contrôle est davantage axé sur la vérification du respect des conditions d'agrément et sur les bonnes conditions d'accueil, le suivi étant davantage axé sur le traitement des aspects relationnels de l'accueil et des aspects personnels affectant l'accueilli et la famille d'accueil. Cependant, ces différents points sont en fait évalués autant lors les visites de contrôle que lors les visites de suivi.

De plus, tenter de les distinguer devient théorique lorsque les visites de suivi ne sont pas plus annoncées que celles de contrôle, ou que les visites de suivi peuvent devenir des visites de contrôle ou encore déboucher sur un contrôle ultérieur. On comprend dans ces conditions que les personnes agréées assimilent le suivi à un contrôle, et que chacun ait quelques difficultés à s'y retrouver.

Enfin, la confusion est entretenue par le fait que ces missions sont confiées aux mêmes équipes, voire aux mêmes personnes qui, ainsi confrontées au mélange des registres d'intervention, se trouvent démunis pour les qualifier.

3.3. Les tentatives de différenciation et leurs limites

A supposer que les deux missions de suivi et de contrôle soient nécessaires, vouloir les distinguer implique de différencier et des modes d'intervention et des personnels.

Une telle distinction est en partie prévue par la loi qui donne aux départements la possibilité de faire assurer le suivi social et médico-social par des institutions habilitées.

Ainsi, dans certains cas, le suivi social ou médico-social de la personne accueillie est alors confié à des personnels qualifiés dans le soin aux personnes âgées ou dans l'aide aux personnes handicapées. Mais ce suivi est à géométrie variable. En effet, peut-il exclusivement s'intéresser au sort de la personne accueillie ou doit-il également être à l'écoute de la famille d'accueil ?

Dans la mesure où cette intervention est à priori orientée vers les personnes accueillies, l'intervenante spécialisée peut ne vouloir concentrer son attention que sur la personne accueillie. Or, le plus souvent, il lui sera difficile d'ignorer les sollicitations de la famille d'accueil.

Le suivi prend alors une autre dimension du fait de la situation, et des besoins des uns et des autres.

Ainsi des départements ont recruté, par exemple, des infirmières pour assurer un suivi médico-social des personnes accueillies. Infirmières qui se retrouvent en fait devoir intervenir également auprès des familles d'accueil pour les aider à gérer non seulement les soins mais aussi les éléments du quotidien. Ces personnels se retrouvent donc devoir répondre à des demandes pour lesquelles ils ne sont ni mandatés, ni formés.

De même, certains services d'accueil familial thérapeutique ont confié le suivi des patients aux infirmiers qui étaient leurs référents lorsqu'ils étaient hospitalisés. Ceux-ci sont alors confrontés à des sollicitations des familles d'accueil auxquelles ils ne sont pas préparés. De plus, leur connaissance psychiatrique du patient devient inopérante lorsqu'ils doivent répondre à l'évolution de manifestations symptomatiques non prévisibles.

Plus ou moins adéquat, le suivi porte donc autant sur la personne accueillie que sur la famille d'accueil et les multiples dérapages auxquels des pratiques peu explicites se prêtent font penser à une action de contrôle qui ne sait pas dire son nom, lorsque les visites ne sont pas annoncées ou lorsqu'il est exigé des personnels qui assurent le suivi de profiter de leur déplacement pour s'assurer de la qualité des repas ou de la propreté des locaux.

Dans ces tentatives peu opérationnelles de distinction entre suivi et contrôle, le contrôle est confié à un autre service (lorsque le suivi est délégué, le contrôle reste de la responsabilité du département ou pour l'accueil familial thérapeutique, celui-ci est assuré par le personnel administratif de l'établissement) qui devrait mettre en œuvre des pratiques différenciées de celles du suivi.

Irrégulier, peu fréquent, à l'improviste donc mal vécu, quel est l'objectif du contrôle surtout lorsque, comme c'est souvent le cas, le suivi concerne finalement autant les familles d'accueil que les accueillis.

Ces interventions situent l'activité des familles d'accueil dans le domaine du contrôlable, c'est à dire du matériel, et non dans celui, essentiel, des affects et des échanges. En effet, que contrôler sinon la qualité de l'hébergement, de la nourriture, ou de l'éventuelle sur-occupation des locaux ?

Mais, comment contrôler le partage de la vie familiale qui suppose au préalable une définition commune de l'activité d'accueil familial qui ne se prête guère à ce type d'approche ?

De plus, ces démarches contrôleuses semblent méconnaître la réalité du travail des familles d'accueil (à domicile, permanent, sans cadre, ni interventions institutionnelles), travail qui rend caduque toute approche suspicieuse de leur activité. Car, dès lors, il va falloir contrôler tout le temps et tous les instants de la vie familiale, c'est à dire s'installer à domicile.

Quelle peut être la source de cette suspicion ? Etant entendu, qu'en principe, ont été écartées, lors de l'agrément ou de la sélection, toutes les familles d'accueil qui semblaient ne pas réunir les conditions d'accueil et ne pas se faire une idée acceptable du travail qui allaient être le leur.

Prend-elle sa source dans la réalité de l'accueil familial qui ne peut se passer de contrôle tant le suivi ne peut rendre compte de la qualité de l'accueil du fait qu'il est inexistant ou aussi peu fréquent que le contrôle ?

La source est peut-être alors alimentée par la culpabilité de ne pouvoir offrir un suivi de qualité, à moins qu'elle ne soit nourrie par des idéaux de contrôleurs sociaux ou médicaux qui trouvent là de quoi épanouir leurs attributions ou leur pouvoir normatif.

Tout ceci entretenu par le fantasme de percer les mystères de la famille ou celui de surprendre quelque secret des origines, ou encore de comprendre comment une famille peut à ce point supporter l'insupportable et même réussir à le transformer.

Enfin, ces pratiques contrôlantes engendrent des conflits qui enrichissent inutilement la chronique des rapports entre l'administration, vécue comme toute puissante, et des particuliers obligés alors d'être en position défensive. Ainsi, ils peuvent être amenés à refuser l'accès à des locaux qu'ils estiment être du domaine privé. Dans ces conditions, vouloir contrôler une suroccupation suspectée devient donc impossible.

Pour sortir de tous ces pièges non opérationnels, il doit être prévu des modes d'intervention qui permettent de toucher l'essence même de l'accueil familial, construits non plus sur une attitude de défiance mais sur une réelle participation au travail d'accueil et à son évolution, ce qui suppose confiance et respect de l'autre, et ce dès les premières rencontres avec les familles d'accueil, c'est à dire lors de leur sélection.

Pratique fondamentale attribuée à des professionnels désignés et informés des processus dans lesquels ils vont être impliqués.

3.4. Du suivi vers l'accompagnement

Dans ce sens, n'y-a-t-il pas une réflexion globale à avoir sur les pratiques à mettre en œuvre dans le cadre de l'accueil familial. Pratiques d'accompagnement qui ne viennent pas magiquement répondre à l'artisanat du sur mesure qu'est l'accueil familial. Artisanat qui se construit dans la relation vécue par des familles d'accueil et des accueillis, qui prend des formes individuelles auxquelles toute intervention doit pouvoir donner une signification et contribuer dans l'aide et le soutien.

Au delà de la description des pratiques se pose la question de la capacité des intervenants ou des équipes à accompagner un système de prise en charge particulier puisant ses ressources dans le partage quotidien de son intimité familiale, dans le vivre avec l'autre en difficulté, dans l'échange permanent.

N'y-a-t-il pas un travail spécifique à élaborer qui s'épanouirait dans d'autres registres que celui du contrôle, du soutien ou de la formation ? Qui sont ces acteurs, organisateurs, visiteurs, référents de placements familiaux ? Que font ces thérapeutes, travailleurs sociaux, personnels soignants, tous spécialistes reconnus ? Quelles places occupent-ils dans ces processus d'accueil familial ?

Des pratiques cohérentes d'accompagnement supposent la mise en œuvre de protocoles de travail avec les familles d'accueil et les accueillis afin que chacun puisse précisément savoir comment et dans quel but est organisé le travail des intervenants. En fait, c'est autant pour répondre aux besoins de chacun que pour donner un cadre à une dimension d'accueil qui interpelle des registres difficilement évaluables ou perceptibles.

4. L'ACCOMPAGNEMENT : QUELQUES PRINCIPES, UN PROTOCOLE ET DES MODES D'INTERVENTION

L'accueil familial est un bout de vie que parcourent ensemble, plus ou moins intensément, une famille d'accueil et un accueilli. Connotée de compagnon à qui l'on se joint pour faire un déplacement en commun, la notion d'accompagnement répond à cette idée d'être une partie qui accompagne la partie principale. Sans être dupe sur les fonctions d'un tel accompagnement qui doit s'intéresser aux vécus des acteurs de l'accueil, mais qui garde également sa dimension de contrôle dans le cas où l'intervenant constate des situations incompatibles avec la santé ou la sécurité des personnes ou dans le cas où la confiance ne peut être partagée avec la famille d'accueil, c'est à dire lorsque cheminer ensemble devient impossible.

Mais, quelle est donc cette partie principale à accompagner ? Le chemin de vie partagé, c'est à dire ce que chacun peut mettre dans ce parcours ou peut en attendre. En fait autant qu'à l'accueilli ou à la famille d'accueil, l'intervenant va s'intéresser à la qualité de la relation, élément indispensable pour être assuré que chacun trouve son compte dans ce cheminement sans trop envahir ou trop abandonner l'autre.

Et pourquoi cette attention accompagnante ? Du fait de l'accueil familial, et de l'intensité de la relation qui est à élaborer pour chacun et avec chacun, afin d'en réguler les contours ou d'en recadrer les évolutions vertigineuses.

Afin de remplir sa mission, l'accompagnement suppose plusieurs niveaux de réponse, en terme d'organisation générale mais aussi au niveau de l'implication des accompagnateurs.

Tout d'abord, si l'accompagnement comme les pratiques de suivi et de contrôle s'appuie essentiellement sur des visites à domicile, il ne s'y limite pas. Accompagner au sens large porte sur l'organisation de toutes les étapes de l'accueil familial. L'accompagnement de l'accueil, lorsque celui-ci est installé, peut prendre des formes variées : des visites à domicile certes mais également tous les contacts téléphoniques ou entretiens à susciter.

Ainsi, en ce qui concerne les entretiens, il peut être demandé aux familles d'accueil, et aux accueillis quand c'est possible ou nécessaire, de venir consulter. C'est à dire qu'un dispositif d'accueil familial suppose un lieu de référence dans lequel se construisent quelques-unes de ses des étapes.

Il n'en reste pas moins que le travail le plus informatif sur l'accueil familial est celui qui s'effectue lors des visites à domicile. C'est donc l'analyse des différents aspects et des objectifs de cette pratique spécifique de l'accueil familial qui peut contribuer à rendre compte des choix méthodologiques. Elle amène les intervenants à se déplacer vers les familles d'accueil et à travailler avec l'outil d'accueil que la famille leur propose.

La formation initiale des intervenants ne les a pas toujours préparés à un tel travail, et l'on comprend que, démunis, ils se débattent dans des attitudes contre-productives.

Trois aspects complémentaires doivent être traités pour que les visites contribuent à accompagner le travail en accueil familial : leur intentionnalité, leur déroulement et leur fréquence.

4.1. L'intentionnalité

Cette question a pour vocation de traiter définitivement de la prévisibilité des visites : celles-ci doivent-elles être annoncées ou non ? Si oui, toutes les visites doivent-elles être annoncées ?

En accueil familial, il n'y a qu'une seule réponse à cette question : les visites doivent être non seulement annoncées autant aux familles d'accueil qu'aux accueillis, mais également prévues à l'avance dans le cadre d'un calendrier de rencontres.

En effet, les visites n'ont pas pour objectif de surprendre. Prévenir consiste à mettre en œuvre un espace d'entretien : les intervenants vont au domicile de personnes qui doivent être prêtes à les recevoir. Ces rencontres ayant pour objet de s'entretenir de la vie familiale et de ce que chacun en retire, il est important de s'assurer qu'au moins accueillant et accueilli pourront être présents.

Prévenir permet donc de constater combien chacun s'est préparé à recevoir ou ne pas recevoir, combien certains trouvent au moment du rendez-vous à s'occuper à d'autres tâches ou au contraire à se libérer d'occupations familiales ou ménagères, et combien les différents membres de la famille participent ou non à ces échanges.

Ce cadre ainsi partagé permet de noter combien chacun s'y installe et l'utilise. Il n'empêche en rien de changer de cadre de travail lorsqu'au cours de la visite il est constaté par l'intervenant que certains sujets sont éludés ou que quelque chose lui est caché.

Après avoir fait part de son ressenti, il peut avertir la famille du changement de cadre de travail du fait que certaines suspicions réelles ou supposées semblent envahir l'espace relationnel. Avertissement qui porte sur le fait que si rien ne peut se dire dans le cadre proposé, un autre cadre de visite à l'improviste sera mis en œuvre. C'est en quoi l'accompagnement comprend une dimension de contrôle, voire de surveillance.

4.2. Déroulement de la visite

Le déroulement des visites porte sur la nécessité de donner à chacun un temps d'écoute et d'échange, temps qui se conclut par un échange commun. En fait, il s'agit de visites à trois temps.

Ces niveaux d'échanges ont plusieurs fonctions. Celle d'écoute de chacun et d'écoute des échanges que chacun peut avoir avec l'autre en présence de l'intervenant. Les entretiens individuels permettent d'échanger sur la vie familiale et ses difficultés, voire de faire part des griefs que chacun n'ose faire à l'autre.

En effet, l'intervenant est envisagé comme un possible redresseur des torts. Ainsi, une famille d'accueil préparait minutieusement la visite de l'intervenant en notant sur un petit cahier, qu'elle lisait lors de l'entretien, les comportements de l'accueilli qui lui avait posé problème. Celui-ci, un handicapé attentif se mit également à utiliser l'intervenant au même niveau, notant scrupuleusement les griefs à faire.

Cette utilisation de l'intervenant est parfois renforcée par le fait que celui-ci, comme dans les suivis envisagés par certains établissements de soins, est connu par la personne accueillie et a été parfois son soignant référent. Que peut donc dire en ces circonstances un handicapé mental à son si gentil infirmier sinon qu'il regrette l'hôpital et qu'il souhaiterait y retourner ?

De même qu'il est naturel qu'une famille d'accueil puisse se plaindre des difficultés qu'elle rencontre, l'accompagnement devrait permettre que ces plaintes s'expriment, se verbalisent, et soient confiées à un intervenant attentif et préoccupé de la santé de chacun et du confort de tous.

Il y a donc à être prudent quant à la place ainsi faite à l'intervenant, ainsi que sur l'utilisation des propos échangés. La fonction de tiers que l'intervenant doit tenir dans ces circonstances permet de se détacher des systèmes d'alliance dans lesquels chacun tente de l'entraîner ou dans lesquels ses affinités ou ses connaissances l'entraînent.

L'entretien avec la personne accueillie permet de recueillir les griefs qu'elle formule à propos de la qualité des repas par exemple, ce qui arrive dans de nombreuses situations. Comment celle-ci peut-elle en parler à la famille d'accueil ? Comment l'intervenant peut-elle l'aider à parler de cette difficulté ?

L'intervenant n'a pas à être le porte-parole de l'un contre l'autre, mais à aider chacun à dire à l'autre. Fonction de tiers qui l'amène donc à donner en fait autant de temps d'écoute à chacun et qui de plus l'oblige à se défaire des rôles auxquels il pourrait rester identifié : organisateur, contrôleur, gendarme, spécialiste, représentant de l'administration ou de l'hôpital.

Comment rester tiers quand il est expressément demandé aux intervenants de porter les médicaments ou de faire des injections aux patients. Dans ces circonstances, s'il est attendu par la famille d'accueil comme le livreur ou l'injecteur de l'accueilli, comment pourra-t-il occuper une autre fonction ? De même si la distribution des rôles n'a pas été précisée et si l'intervenant continue à être vécu comme un contrôleur d'on ne sait quelle réalité.

Il est parfois préférable que les interventions conservent leur caractère spécifique d'écoute et que les intervenants puissent se défaire de toutes les représentations auxquelles ils pourraient être réduits.

La fonction d'écoute est corrélative de celle d'élaboration. C'est à dire qu'il est important de donner à chacun la possibilité de s'exprimer, de penser et de verbaliser la vie familiale partagée.

Une autre des fonctions attendue est celle de l'aide que peut apporter l'intervenant à la compréhension et à la résolution d'événements dérangeants. Les familles d'accueil doivent être aidées, voire conseillées, pour prendre en charge ou répondre de manière adéquate aux besoins de l'accueilli.

Ces conseils doivent être dispensés avec prudence et s'appuyer sur le fonctionnement et les valeurs de la vie familiale ainsi que sur les limites de ses capacités à répondre aux besoins d'un accueilli.

Que répondre à une famille d'accueil inquiétée par les comportements de son accueilli handicapé ? Non seulement il est nécessaire de l'aider à élaborer son inquiétude et à inventer à partir de sa vie familiale des réponses appropriées, , mais il est également fondamental de l'aider à affirmer ses valeurs et son mode de vie. L'intervenant assure alors une fonction médiatrice au service d'une famille en panne de pensées.

4.3. Fréquence des visites

La fréquence des visites à domicile constitue un autre élément essentiel à déterminer pour conduire un accompagnement pertinent. Question récurrente des pratiques d'accueil familial qui sont cause de dérives dommageables lorsqu'elle n'est pas traitée.

Les visites doivent donc être prévues... entre trop de visites et trop peu de visites. A quoi correspondent ces marges, et comment apprécier leur pertinence ?

Trop de visite suppose une forme d'installation de l'intervenant en famille d'accueil. Ce trop de visite, rare dans le cadre du dispositif social, est plutôt le fait de pratiques psychiatriques qui amènent les intervenants à visiter plusieurs fois par semaine les accueils. Or, si un patient a tant besoin de présence infirmière, il eut mieux valu le garder en hospitalisation.

Trop présents, les soignants annihilent l'accueil familial et certains de ses effets. De plus ces pratiques installent les préoccupations psychiatriques dans des familles d'accueil qui deviennent une annexe de l'hôpital.

Il est certain que quelques autres considérations plus ou moins conscientes les poussent à agir, portant sur des questions relatives à l'appartenance (à qui un patient doit-il continuer à appartenir ?) ou à la compétence (qui est le plus capable de s'occuper de lui ?).

Le trop peu de visites laisse les familles et les accueillis gérer seul les péripéties de la vie familiale partagée. Trop peu présents dans ces affaires de l'intime, du vécu, les intervenants ne sont plus attendus que comme des distants professionnels. Avec ces visiteurs de passage, peu connus, rien ne peut être échangé sauf des banalités relatives au temps passé.

Comment donc apprécier le trop et le trop peu ? A chacun d'en travailler les limites en fonction des situations. L'expérience conduit à penser que lorsque l'accueil familial est installé, ce qui exclue les périodes d'intense activité psychique lors de l'arrivée de la personne accueillie ou lors de difficultés importantes, le trop correspond à plusieurs visites par mois, le trop peu à moins d'une visite par mois.

Pour cet exemple, entre trop et trop peu, y-a-t-il une norme ? Ces disparités, ces pratiques institutionnelles différentes peuvent s'expliquer. Elles dénotent parfois une méconnaissance partagée de la spécificité de l'accueil familial. Faute de pouvoir en définir ici toutes les nuances, ne peut-on se mettre d'accord sur le fait que l'accueil familial est une histoire qui se construit à trois, famille d'accueil - patient - équipe, chacun participant à l'évolution de la dynamique ainsi créée pour soigner, réparer, éduquer.

Ce cadre sommaire de compréhension pourrait permettre de réfléchir aux limites du trop présent ou du trop peu présent dans le soutien, l'accompagnement ou le partage de la dynamique de l'accueil.

Il est bien évident que la fréquence des visites a une incidence directe sur le coût des dispositifs...

4.4. L'implication des intervenants

La mise en œuvre d'un travail d'accompagnement tel qu'il vient d'être décrit revient à des professionnels interpellés jusque là comme intervenants singuliers. Qui sont ces intervenants ? Agissent-ils seuls ou sont-ils plusieurs à visiter les accueils, plusieurs ensemble ou successivement ?

En fait, cheminer en accueil familial ne peut se faire qu'avec un nombre restreint de professionnels. Il serait prudent que les accompagnateurs ne soient pas plus nombreux que les accompagnés, mais plus important, ces accompagnateurs doivent être toujours les mêmes pour réellement participer à un voyage affectif qui ne pourra se dérouler avec des compagnons de voyage qui changent à toutes les étapes, c'est à dire différents de visites en visites.

En fait, l'accompagnement de l'accueil familial suppose l'engagement aux côtés des familles d'accueil et des accueillis d'un intervenant, désigné parfois comme référent.

Le plus souvent, l'intervenant de l'accueil familial social est un intervenant solitaire. Seul interlocuteur chargé d'apprécier la qualité de la relation et des échanges entre famille d'accueil et accueilli, il est amené à s'impliquer plus directement et à assurer seul les fonctions de médiateur, de tiers, voire d'élucidateur de la complexité à laquelle il participe.

Le plus souvent également, les visites de l'accueil familial thérapeutique sont confiées à plusieurs intervenants, en général des infirmiers psychiatrique qui visitent en couple les accueils.

Pourquoi deux visiteurs, plus parfois, qui représentent alors l'institution psychiatrique et se tiennent donc à distance des échanges auxquels ils devraient participer ? Certes deux intervenants permettant de mieux apprécier la situation, mais alors pourquoi ne pas envoyer tous les corps de métier, chacun évaluant selon ces compétences et ne participant en rien à l'essentiel pour en apprécier la pertinence.

4.5. D'autres niveaux d'intervention

Les visites à domicile ne sont pas les seuls modes d'action possible. D'autres interventions, moins tournées vers l'appréciation de la vie familiale, peuvent être adaptées, tels des entretiens pour recevoir la famille d'accueil ou l'accueilli dans un autre lieu que le lieu d'activité de la famille.

Certains accueillis, le plus souvent handicapés ou malades mentaux, sont invités à venir consulter leur médecin ou à venir s'entretenir avec un professionnel. Parfois, ils sont accompagnés par leur famille d'accueil qui peut alors être entendue dans un autre cadre que le cadre familial.

Il est prudent de formaliser ces rencontres afin de donner sens et cohérence au travail d'accueil familial. Au delà de tous les enjeux possibles, elles peuvent avoir pour objectif de faire sortir les accueillants de leur univers domestique, mais surtout de leur donner l'occasion d'échanger et de verbaliser leur vécu dans un autre environnement. Déplacement et écoute qui contribuent à donner un caractère professionnel à leur activité.

De même, dans ce sens, promouvoir des réunions de familles d'accueil afin de leur permettre de partager leurs difficultés, de réfléchir à leur situation devient un moyen d'élaboration de la pratique des accueillants.

4.6. La notion d'équipe

La spécificité du travail, ainsi que la nécessité de lui donner un cadre, obligent donc à penser en termes de professionnels formés à des interventions spécialisées et en termes de pratiques identifiées et adaptées.

La réalisation d'une situation d'accueil familial suppose la succession d'actes complémentaires : sélectionner, agréer, accompagner, voire suivre ou contrôler. Ces actions sont-elles confiées à différents professionnels intervenants selon des compétences à définir ou à une seule équipe repérée et formée qui prend en charge l'ensemble des étapes ?

Dans un cas, le morcellement des pratiques suppose un minimum d'articulation entre les différents intervenants afin que, par exemple, les familles d'accueil n'aient pas le sentiment de n'avoir jamais été entendues dans les différentes procédures qui les ont conduites de l'agrément à l'accueil proprement dit.

Dans l'autre cas, quelles sont les compétences réelles d'une telle équipe et comment peut-elle véritablement accompagner les différentes phases de la mise en place d'un accueil ?

Sur le terrain, les interventions sont distribuées, comme c'est parfois le cas dans les départements, aux travailleurs sociaux de circonscription qui, parmi leurs multiples missions, ont aussi à mettre en œuvre et à gérer le dispositif d'accueil familial.

Ce choix privilégie le travail de proximité, facteur positif. On peut cependant craindre que, du fait de la charge de travail de ces personnels, l'accueil familial passe après tout le reste, sauf en cas de problème, et dans ces situations, les interventions sont connotées de contrôle et ne permettent pas de s'assurer dans la durée de l'évolution de la qualité de la relation.

Ce type d'organisation départementale ne répond pas à la spécificité des tâches qui suppose, notamment pour l'accueil familial, permanence, continuité et forte implication pour répondre à l'originalité et la complexité des processus.

Les questions sont similaires à propos de l'accueil familial thérapeutique. Doit-il être organisé au niveau des secteurs psychiatriques ou au niveau de l'hôpital ? Est-il une des activités des soignants parmi d'autres ou une activité spécifique qui requiert temps et spécialisation ?

Malheureusement et malgré la clarté du texte à ce sujet, le travail de l'accueil familial reste morcelé, confié à des professionnels qui doivent assurer plusieurs tâches soignantes, et n'ont donc pas ni la compétence ni le temps d'assurer un réel travail d'accompagnement.

Une "équipe" de soins était ainsi composée de 16 professionnels de formation différente pour gérer 4 accueils familiaux. Certains travaillaient avec les familles d'accueil qu'ils avaient recrutées, d'autres avec les patients placés qu'ils avaient connus lors de leur hospitalisation, d'autre avec la dyade famille d'accueil-patient, et d'autres enfin rencontraient famille d'accueil ou patients pour les assister dans la gestion sociale ou administrative de leurs dossiers respectifs ! A quel besoin fondamental répond cet éparpillement des pratiques ? Morcellement psychotique ?

De nombreuses raisons amènent à s'orienter vers une équipe d'accueil familial intersectorielle agissant comme un service différencié ou une unité fonctionnelle. La spécialisation des personnels n'en serait que plus facile et au regard des pratiques à mettre en œuvre, elle est nécessaire. De plus, à ce niveau d'organisation, la possibilité de travailler avec un nombre de familles d'accueil plus important permet d'élargir l'offre d'accueil.

La précision inscrite dans le texte³⁹ d'individualiser le temps de travail renforce la conviction que l'accueil familial, son organisation, sa gestion et son accompagnement sont des tâches différentes de celles exercées dans d'autres contextes. Actions qui nécessitent des locaux également individualisés ainsi que des moyens de transport...

L'accueil familial doit être organisé comme un dispositif particulier que chacun repère et auquel chacun peut faire référence.

Certes, de plus en plus, l'accueil familial apparaît comme un dispositif spécifique auquel il est nécessaire d'adjoindre des professionnels exclusivement occupés à en gérer les multiples facettes. C'est ce qui se passe donc dans quelques départements ou quelques hôpitaux qui ont désigné une équipe de professionnels qui se spécialisent.

Que ce soit dans le cadre d'une équipe désignée ou non, comment le temps de travail nécessaire peut-il être apprécié ? Il dépend bien évidemment des pratiques mises en œuvre et plus particulièrement de la fréquence et du style donnés aux visites à domicile.

³⁹ - l'arrêté du 1er octobre 1990, article 13, deuxième paragraphe

Plusieurs niveaux d'indicateurs peuvent permettre de cerner cette préoccupation gestionnaire et technique. Tout d'abord, l'expérience des services organisés et les quelques évaluations qui ont été faites.

Seules des fourchettes peuvent être communiquées, le temps de travail étant directement dépendant des actions confiées aux intervenants et des situations à prendre en charge selon qu'il s'agit de l'organisation de l'accueil qui demande une plus grande présence ou de l'accompagnement régulier, selon l'état des personnes , ou encore selon l'éloignement des familles d'accueil.

Un intervenant peut prendre en charge de 20 à 30 situations d'accueil. Evaluer ces charges de travail dans le cadre de l'accueil familial social lorsqu'aucune équipe n'est spécialement désignée est quasiment impossible.

Néanmoins, quelques départements ont répondu à la spécificité de l'accueil familial. Dans ce cas, pour quelques uns d'entre eux, un intervenant prend en charge moins de 30 personnes accueillies.

Les services d'accueil familial thérapeutique qui renforcent les interventions (deux infirmiers), qui multiplient les intervenants et les rencontres nécessitent beaucoup plus de temps. Un intervenant prend en charge entre 4 et 8 accueils familiaux. On est peut-être parfois dans le trop.

5. LES FONCTIONS DE L'ACCOMPAGNEMENT

Au-delà de ces questions organisationnelles, l'accompagnement prend de multiples figures et assure de multiples fonctions qui dépendent largement de la place que peuvent occuper un intervenant ou une équipe dans les différentes phases de l'accueil familial et de leur capacité à pouvoir appréhender la complexité des situations à accompagner.

Diversité et complexité qui renforcent la nécessité de désigner une équipe de professionnels informés des situations et des processus qu'ils vont devoir prendre en charge.

5.1. Un tiers organisateur

La fonction d'organisateur, décideur, placeur, accompagnateur est la plus incontournable tant l'accueil familial ne s'organise jamais sans l'intervention d'une tierce personne.

Malheureusement, les dispositions actuelles (notamment pour l'accueil familial social) ne le prévoient pas ainsi, et donc cette fonction, peu présente, peu repérée, ne peut être interpellée en position de tiers pour aménager et accompagner les divers niveaux d'interférence que vivent famille d'accueil et accueilli.

De plus, lorsque la mise en place et l'accompagnement de l'accueil sont assurés par plusieurs intervenants ou équipes qui se succèdent, il est pour chacun impossible d'être dans la durée un référent sur lequel s'appuyer.

De même qu'il est difficile ou quasi impossible de construire des interventions dans des accueils qui se sont organisés en dehors de tout tiers institué, comme c'est le cas de certains accueils de personnes âgées ou surtout celui d'accueils d'enfant handicapés devenus adultes dans leur famille d'accueil.

Comment dans ces circonstances intervenir lorsque la dyade famille d'accueil-accueilli n'accepte plus aucun regard extérieur ou lorsque, tournée sur elle-même, toute intervention est vécue avec suspicion ?

Exercer une fonction tierce suppose une dimension triadique de l'accueil familial avec ses trois pôles acceptés par chacun des partenaires : famille d'accueil, accueilli et intervenant. Place et fonction à élaborer dès l'organisation de l'accueil, ou parfois donc à conquérir, et à occuper avec professionnalisme tant l'accueil familial repose fondamentalement sur le couplage famille d'accueil-accueilli.

Enfin, la triangulation réalisée n'échappe pas aux multiples variantes caploviennes du deux contre un :

- famille d'accueil et accueilli contre intervenant, figure normale de repli sur une dyade qui ne veut parfois rien savoir de l'environnement dans lequel elle se noue ;
- intervenant et famille d'accueil contre accueilli, figure classique des besoins que les familles d'accueil ont parfois de faire alliance avec d'autres professionnels ;
- accueilli et intervenant contre famille d'accueil, ce qui arrive notamment lorsque ceux-ci ont, avant l'accueil familial, parcouru un bout de chemin thérapeutique ensemble.

Le tiers est donc en permanence sommé de s'imposer et aussitôt de faire alliance avec l'un ou l'autre, ce à quoi il doit se prêter en acceptant des alliances tournantes qui n'excluent jamais définitivement le troisième élément.

Rester tiers est à ce prix, celui d'un permanent remaniement de sa place afin de donner à chacun, sans jamais trahir l'un ou l'autre, une écoute attentive de leur vécu.

Cette "gestion" en position de tiers doit également s'intéresser à l'entourage de la personne accueillie. Les parents peuvent être affectés par les processus complexes qu'ils éprouvent, culpabilité, dépossession, jalousie et leurs préoccupations peuvent avoir des effets destructeurs sur le fragile assemblage d'affects, d'attention, de reconnaissance. Leur enfant ou leur parent placé est amené à vivre des sentiments partagés entre la loyauté qu'il leur doit et un minimum d'alliance nécessaire avec sa famille d'accueil.

Les interventions des tuteurs ou même des soignants de la personne accueillie peuvent également être cause de perturbations. Leur place, leur fonction construisent leur intervention à partir de la personne accueillie, position qui de fait ne les situe pas en tant que tiers. Occupés par leurs responsabilités, ils peuvent avoir des interventions ou des préoccupations contraires aux intérêts de l'accueil.

Par exemple, croyant bien faire et répondant à la demande de son majeur protégé, un tuteur achète un poste de télévision. Est ainsi facilité le repli de l'accueilli dans sa chambre, rendant difficile l'intégration à un vécu familial dans une famille qui attend que chacun ait quelques activités, ou au contraire est renforcé l'isolement de l'accueilli dans une famille satisfaite de ne plus avoir à le supporter à toute heure de la journée.

Seul un intervenant en position de tiers peut se poser en médiateur des ressentis, des préoccupations ou des intentions de ces interférences potentiellement perturbatrices.

Comme médiateur, il offre un espace de parole permettant de dire son ressenti ou d'exposer ses questionnements, espace où s'élabore un discours sur l'autre et sur soi qui permet une verbalisation et ainsi une certaine mise à distance.

Accompagner l'accueil familial se fonde sur cette participation en tiers organisateur et régulateur des échanges, et sur la nécessité de cheminer ensemble et de traverser avec chacun les multiples paysages de l'accueil familial. Voyage vers une destination qui suppose donc un projet et qui s'enrichit des multiples péripéties de tout voyage de vie.

5.2. L'accompagnement du projet

Oublié ou perverti, le projet d'accueil qui sert de soubassement aux différentes phases de l'accueil familial est le fil conducteur de l'accompagnement.

Jusque là, le plus souvent, l'accueil familial s'organise sans projet précis qui relèverait d'une intention sociale ou soignante concernant la personne accueillie. Intention que ne peut porter seule une famille d'accueil. En effet, pour elle, ce qui est visé est la satisfaction de ces besoins financiers et narcissiques inextricablement emmêlés. Cette satisfaction amène à une situation d'équilibre de la vie partagée dans lequel l'accueilli intégré prend des couleurs familiales.

L'accueil familial se chronicise, et dès lors qu'un certain équilibre est atteint, tout est mis en œuvre pour que celui-ci perdure le plus possible oubliant alors le temps qui passe et effaçant toute trace de sujet désirant hors de l'espace familial clos sur lui-même.

Le projet ne peut être porté que par un tiers extérieur, qui est donc bien autre chose qu'un visiteur des lieux d'accueil mais qui présentifie par sa présence un espace social ou médical dans lequel évolue l'accueil familial.

Il est cependant bien difficile de penser en terme de projet d'accueil, notamment dans le cas des personnes âgées ou celui des personnes handicapées depuis toujours dans la même famille d'accueil. Tout projet vient bousculer l'imaginaire partagé d'un temps sans durée qui tient à distance son aboutissement inexorable.

Mais lorsque c'est possible et souhaitable quand il s'agit du placement de malades mentaux ou de jeunes handicapés, comment alors anticiper les effets de la rencontre et les remaniements de l'accueil ?

Tout projet ne doit s'élaborer qu'à partir de ce qu'une famille d'accueil peut donner à un accueilli qui va participer à des moments forts d'une vie familiale et en être touché au point que, parfois, certains de ses troubles peuvent prendre des formes moins aliénantes.

Comment anticiper la force et la qualité des échanges qui vont permettre à une personne handicapée de progresser et de répondre aux attentes éducatives ou réparatrices que l'on a pour lui ?

Face à ces difficultés, le plus souvent, les projets ne font part que des lieux communs attendus que sont "autonomisation ou réinsertion..." Comment en dire plus tant dans tout travail social ou thérapeutique, et dans celui-ci en particulier, rien ne peut être quantifiable et prédictible ?

Cependant, certaines équipes affichent des intentions dans lesquelles le projet construit par eux et pour la personne placée ne tient pas compte de la dimension de l'accueil familial. La famille d'accueil est alors convoquée pour appliquer un traitement élaboré par des professionnels.

Il en est ainsi lorsqu'il est par exemple demandé à la famille d'accueil de préparer un adulte handicapé à vivre en appartement. D'une part, c'est méconnaître la dynamique de l'accueil et la force des résistances qu'elle met en œuvre ; d'autre part, il n'est pas tenu compte de la compétence de la famille à inscrire l'accueilli dans un projet familial plus global qui permet ou non que l'on puisse en sortir.

Cette préparation, si elle est nécessaire, c'est ensemble dans la régularité et en transcendant les mouvements familiaux qu'elle doit être évoquée et évaluée.

Il en est de même lorsque une famille d'accueil est convoquée pour apporter à l'accueilli un soutien spécifique, l'accompagner par exemple dans une activité inhabituelle pour la famille d'accueil et dont la nécessité est évaluée dans un autre cadre, en fonction d'autres critères.

Il avait été demandé par quelque jeune travailleur social à une famille d'accueil, d'un certain âge et qui sortait rarement, d'apprendre à son accueilli à fréquenter ces lieux de socialisation que sont les cafés !

Non seulement une telle injonction peut bousculer et déstabiliser la vie familiale si elle ne fait pas partie des valeurs de la famille, mais de plus elle ne répond pas toujours à la perception des besoins que la famille peut s'en faire dans le vécu de l'accueil.

En fait, un projet ne peut s'élaborer qu'à partir de l'accueil familial et de sa dynamique, porté dans la durée par un intervenant qui, avec chacun contribue, à en déjouer certains de ces aspects.

Il a pour but de donner sens à l'accueil et de l'inscrire comme une étape de vie et non comme une fin, l'accueil familial devant garder sa dimension de passage entre un temps d'avant et un temps d'après. Introduire du temps et du changement bouscule la chronicité dans laquelle chacun s'enferme, la famille d'accueil parce qu'elle tend vers un apaisement des conflits et un équilibre de sa vie familiale, l'accueilli parce qu'il a trouvé un espace de répit ou parce qu'il est chronicisé dans sa pathologie.

Si le projet prend en compte les besoins des accueillis, il se fonde sur le traitement qu'apporte l'accueil familial à des processus psychiques qui touchent profondément les relations qu'un être a nouées avec son environnement, et ceci dès son enfance.

C'est essentiellement pour les personnes handicapées ou les malades mentaux que ces processus peuvent être affectés par la vie familiale et resurgir au détour de l'accueil.

Ainsi, une personne handicapée n'avait de cesse de demander assez régulièrement à chacun quel était son âge pour refuser le constat qu'il était le plus âgé, de peu, de tous les participants à son accueil familial, intervenant compris. Que pouvait-il donc faire là ? Quel lien faire entre son ressenti qui s'exprimait parfois au travers de quelque lapsus lorsqu'il interpellait l'accueillante en lui disant maman et l'interprétation qu'il faisait de la scène familiale qui le ramenait à l'âge des adultes, au devenir parent et à la nécessité de devoir prendre position.

Pour les personnes âgées, leur fragilité, leur vieillissement les amènent à rencontrer à nouveau quelque chose de la famille. Elles se mettent en situation de revivre une vie familiale, c'est à dire de la dépendance, de l'attachement avec une personne élective où se rejoue histoire de proximité, amour, haine et confusion des places et de l'ordre des générations.

Ainsi, très lucide, une personne âgée, inscrite dans son histoire familiale et qui entretenait les meilleures relations avec ses enfants, ne pouvait cependant pas éviter d'évoquer sa famille d'accueil beaucoup plus jeune comme un père et une mère pour elle.

Pour toutes ces raisons, l'accueil familial est un soin, mais un soin qui exige un accompagnement capable d'anticiper de tels mouvements relationnels, de les réguler et de les contenir.

5.3. La dynamique de l'accueil familial

L'accueil familial se déroule selon une succession d'étapes. Divers paramètres, l'âge, les attentes, les motifs, les projets, la famille d'accueil, son histoire, ses motivations constituent autant d'éléments qui entrent en interaction tout au long du déroulement de l'accueil lui conférant ainsi son caractère singulier.

En fait, l'accueil familial n'est pas statique mais rythmé par une dynamique interne.

Deux temps forts, le début et la fin de l'accueil, encadrent des moments de tranquillité non exempts de périodes de crise que sont des mouvements de réaménagement des relations, voire de répétition ou de régression.

Lors de tout placement se retrouvent peu ou prou trois étapes⁴⁰ dans l'installation de l'accueil familial. Elles sont perceptibles dans tout accueil familial, mais leur intensité est d'autant plus forte que l'accueil sera une nouvelle expérience pour la famille et pour l'accueilli.

La première de ces étapes est un temps où l'illusion est la règle. Elle repose sur l'image idéalisée que la famille d'accueil et l'accueilli se font l'un de l'autre avant de s'être rencontrés.

Lors de l'installation de l'accueil, et pendant un temps plus ou moins long, dépendant de l'intensité des attentes, chacun rencontrera cette image idéalisée de l'autre et vivra donc une sorte de lune de miel. Certes, cette illusion est renforcée par le désir de chacun de se montrer alors sous son meilleur jour.

⁴⁰ - pour les enfants, la dynamique de l'accueil familial a été décrite par Myriam David dans "le placement familial : de la pratique à la théorie"

La deuxième étape est celle d'une désillusion parfois amère et de remise en question. La désillusion sera d'autant plus grande que l'illusion a habillé la réalité de l'autre qui fait brutalement effraction.

Alors que, jusque là, les comportements étrangers de l'accueilli étaient tolérés ou niés, ils apparaissent comme insupportables. De même pour l'accueilli qui n'a pas trouvé la famille idéale. Chacun se sent trahi et vit un profond sentiment d'exaspération, reprochant alors aux intervenants de n'avoir pas su prévoir combien ils étaient incompatibles. Dans les situations les plus tendues, cette brutale révélation de la réalité se conclut par une fin de placement.

Autant dans la première étape le travail de l'intervenant est marginalisé par une rencontre passionnelle que vivent famille d'accueil et accueilli, autant il doit être présent lorsque celle-ci se transforme après quelques jours ou semaines.

L'accompagnement des processus de l'accueil familial prend tout son sens, car il devient alors une aide à l'élaboration des difficultés afin de les médiatiser, c'est à dire à construire des ponts entre illusion et désillusion qui s'appuient sur les éléments de la réalité que l'un et l'autre vont pouvoir accepter.

Enfin, la troisième étape est celle de l'installation de l'accueil familial dans la durée. Chacun a pu faire le deuil de ces illusions, mais aussi reconnaître la réalité complexe de l'autre et de ses attentes et les accepter. Sa place plus ou moins trouvée, chacun va pouvoir participer à tous les jeux familiaux possibles du vivre avec.

Un autre temps fort de l'accueil familial est celui de la fin du placement. Selon que celle-ci est prévue, attendue et préparée ou qu'elle survient au détour d'un événement imprévisible qui conduit à une rupture brutale, s'expriment des sentiments où se mêlent délivrance, anéantissement, culpabilité, blessure ou satisfaction qui traduisent la confusion dans lequel chacun peut être plongé.

Quelles que soient la durée de l'accueil, et la prévisibilité ou la brutalité de son interruption, il est nécessaire d'accompagner ces séparations qui peuvent être douloureuses. En effet, l'expérience du vivre avec familial n'est pas sans laisser de trace et réveille des sentiments d'incompétence à être avec, voire d'incomplétude à être.

Ainsi une famille d'accueil échouerait même à être une famille.

Ainsi un accueilli échouerait à être et à s'attacher à une famille.

Les fins de placement pour cause de décès des personnes âgées n'échappent pas à ces mouvements, même si leur prévisibilité est dans ce cas attendue.

La réussite ou l'échec

Les notions d'échec ou de réussite utilisées parfois pour qualifier les fins de placement traduisent mal les évaluations nuancées que l'on peut faire de ces interruptions.

Si la réussite semble facile à percevoir (une heureuse fin de vie ou le départ d'un handicapé vers une plus grande autonomie grâce aux acquis de l'accueil familial), une rupture, un changement de famille pour un accueilli, voire un retour dans un établissement ne signent pas nécessairement un échec.

En effet, la permanence de l'accueil familial n'est pas toujours révélatrice d'une réussite tant elle peut signifier une forme d'intégration acceptable mais peut également être un mode d'enfermement familial. De plus, les ruptures ou les changements ne sont-ils pas nécessaires pour grandir, ou plutôt ici pour évoluer, chacune de ces étapes participant à un remaniement des processus internes ?

Ainsi, pour les personnes handicapées principalement, dans le cadre d'un projet, il est parfois nécessaire d'évaluer la solidité des acquis et la qualité du lien aliénant ou émancipateur. Pour ce faire, la nécessité parfois partagée de se séparer pour cause de congés (en principe inexistant en accueil familial social, ce qui n'empêche pas d'envisager de se quitter pour "souffler") doit être utilisée sans hésitation.

La séparation et la crainte de se perdre doivent être traitées, l'accompagnement devenant alors un cadre contenant qui assure et rassure chacun. Et la séparation permet à chacun d'élaborer l'absence de l'autre en étant assuré de se retrouver. La prise en charge dans une autre famille d'accueil, lorsque c'est possible, permet alors de tester la capacité au changement de la personne et contribue parfois à penser à d'autres éventualités qu'une vie familiale sans fin.

Un monsieur d'une quarantaine d'années avait trouvé dans l'accueil chaleureux que lui faisait une famille un espace de vie très satisfaisant que personne ne pensait remettre en question. Après quelques années, les accueillants éprouvèrent le désir de partir en vacances afin, entre autres, de profiter de leurs enfants et de leur vie familiale.

Pendant ce temps de congés, une autre famille d'accueil se mobilisa pour accueillir ce charmant compagnon qu'était devenu le monsieur. Non seulement, il continua à surprendre son monde par sa capacité à supporter le changement, mais, de plus, il émit quelque souhait quant à sa vie future lors de son retour dans sa famille d'accueil. Il souhaitait être aidé à continuer son chemin qu'il imaginait hors accueil familial.

Il avait réalisé sa capacité à vivre dans un monde où les autres avaient pris des figures complexes et successives de bonne mère, de grande sœur, d'êtres humains. Ainsi fut fait, de retour dans sa famille d'accueil, il fut aidé ainsi que celle-ci à penser un ailleurs possible qu'il fallait patiemment dessiner afin que la séparation soit vivable.

Autant l'accueil était approprié à l'un et à l'autre, autant ils s'étaient appropriés l'un et l'autre.

Phénomène d'appropriation bien classique, aux multiples effets sur les parents de la personne accueillie, mais également sur certains intervenants lorsqu'ils revendiquent un savoir, voire un pouvoir, sur la personne accueillie. Appropriation qui fait écho au besoin de s'appartenir dès lors que l'on est dans un processus d'accueil familial.

L'expérience de la dépossession

Comment donc vivre l'expérience de la dépossession ? La scène familiale sur laquelle libido, narcissisme, attentes inconscientes se conjuguent en une reconnaissance personnalisée de l'autre conforte un sentiment naturel d'appropriation et d'appartenance que vivent famille d'accueil et accueilli.

Mais, pour que ces mécanismes induits par la vie familiale partagée prennent du relief, les intervenants doivent faire l'expérience de la dépossession d'un patient, d'un savoir sur le patient, et parfois faire le deuil de leurs compétences professionnelles bousculées par les changements constatés chez le patient.

Difficiles ajustements pour des soignants lorsqu'ils poursuivent la prise en charge d'un patient dans le cadre de la continuité du soin. Comment, dans ces circonstances, se défaire des représentations du malade mental et de ses symptômes psychiatriques tels qu'on les a perçus dans le cadre de l'hospitalisation pour appréhender les signes éphémères de l'évolution induite par l'accueil dans une famille ?

Les multiples signes imaginaires, réels ou symboliques de cette appartenance, porteurs de questionnements identitaires, sont à accompagner afin d'en détordre les fils et d'en prévenir les travers qui peuvent aller jusqu'à la disparition de toute différence entre accueillant et accueilli.

Confiné dans le registre familial creuset de processus inconscients, l'accueil familial fait vivre à chacun des sentiments contradictoires d'amour, de haine, de satisfaction, de frustration. Le quotidien, la proximité, l'habitude, la fatigue, contribuent également à agir sur la distance émotionnelle entre famille d'accueil et accueilli. Celle-ci fluctue entre une trop grande proximité, une trop grande attention jusqu'à nier la différence des besoins de l'un ou de l'autre, et une trop grande distance, sorte de désintérêt ne pouvant répondre à la satisfaction des personnes.

Ce sont ces mouvements, fruits des besoins de chacun à se reconnaître dans l'autre et à être reconnu par l'autre, qui doivent être accompagnées, dégagés des besoins d'affirmer son empreinte identitaire sur des accueillis qui finissent par appartenir à une famille d'accueil.

Envahissement

En fait donc, l'accompagnement a pour mission de protéger l'un et l'autre de l'envahissement ou de l'immobilisme des sentiments. Si cette protection est considérée comme nécessaire pour la personne accueillie, elle doit également se préoccuper des familles d'accueil afin de les aider à ne pas se laisser envahir par des besoins insatisfaisables.

Dans la cohabitation familiale, la profusion des échanges, la variété des demandes à satisfaire, l'envahissement par l'accueilli physiquement présent se transforme en envahissement psychique où toute pensée est tournée vers l'accueilli jusqu'à s'y perdre. L'image, les mots, les représentations de l'accueilli s'incrustent de plus en plus dans la pensée de l'accueillant, jusqu'à l'envahir au point que ce dernier se trouve dépossédé de sa pensée, restant parfois sans réaction ni réponse.

Il appartient aux intervenants de répondre à ces risques en soutenant les familles d'accueil. L'accompagnement doit prévenir de tels dérapages en offrant un cadre de travail où les échanges se font en totale confiance et permettent de faire part de ses préoccupations, de dire ses émotions, de mettre en mots sa pensée et son être désirant.

En ce sens, l'accompagnement est attendu pour remettre de l'ordre et du sens dans un système qui prend les formes des attentes ou des fantasmes de chacun. Il représente la loi ou plutôt celui qui est capable de rappeler les limites du je, instituant ainsi l'un et l'autre dans un jeu familial où parfois se perdent et l'un et l'autre.

Mettant à profit les signes d'appartenance recherchés, un accueilli, handicapé psychique, demanda à sa famille d'accueil de l'aider à ne plus fumer. Personne ne fumait dans la maison. Ils passèrent un contrat, et la famille d'accueil, la dame, devint gestionnaire des cigarettes. Il avait été convenu que celle-ci ne lui donnait que dix cigarettes par jour. Ainsi fut fait.

Ces dix cigarettes fumées, ce qui était rapide, l'accueilli sollicitait la dame pour un petit plus, ce à quoi elle rappelait le contrat "dix et pas plus". La vie devint infernale. En effet, il ne cessait de lui mendier une cigarette, à longueur de journée, en toutes circonstances. Ferme, elle ne pliait pas bien qu'envahie et prête à céder. Elle eut besoin de faire appel. Il était nécessaire de réguler les échanges et d'instituer le contrat qui pouvait être porté par un tiers. Ainsi leur face à face devenait médiatisé et contenu.

Contenir

Complémentaire et corrélative des différentes fonctions que doit assurer toute intervention, celle-ci doit également contenir l'accueil familial et ses effets. Cette notion de contenant psychique prend appui sur le mode de présence des familles d'accueil.

Comme toute mère avec son enfant, qui non seulement le contient dans ses bras mais le porte dans ses pensées, une famille d'accueil porte et contient les éléments de son accueil. Elle ne peut faire autrement, sinon à être en permanence déstabilisée par des comportements ou des attentes impensables.

C'est une fonction similaire que les intervenants doivent assurer auprès des familles d'accueil et des accueillis. Pour ce faire, ils doivent être formés au décodage des processus de l'accueil, de ses effets et de sa dynamique interne. Familles d'accueil et accueillis ont besoin de pouvoir s'appuyer sur quelqu'un qui sait et qui, par son attitude rassurante, va contenir les émois ou les angoisses.

Autant que contenant, cette disposition devient une aide pour décoder des comportements ou des manifestations qui restent inabordables faute de pouvoir être partagés et soumis à l'écoute d'un autre qui sait et qui rassure.

Multiplés fonctions donc dévolues aux intervenants de l'accueil familial, à l'image des multiples attentions auxquelles répondent les familles d'accueil.

Toutes ces attitudes, ces fonctions, ce travail spécialisé supposent de pouvoir partager, élaborer avec d'autres intervenants au sein d'une équipe de professionnels qui va pouvoir, à son niveau, faire fonction de contenant et de décodeur des affects.

Aucune profession n'est particulièrement préparée à répondre à cette situation interactionnelle structurée par une dynamique familiale qui, dans une économie des besoins, des désirs, des pouvoirs, donne des places et des fonctions à chacun des membres, places et fonction aux côtés desquelles l'intervenant devra savoir assurer sa fonction.

Comment connaître les processus complexes de l'accueil familial et les registres d'aide ou d'élaboration à apporter aux familles d'accueil ? Certes une formation peut en partie y suppléer, mais elle ne pourvoira pas toujours à l'essentiel, c'est à dire à la nécessité de se laisser traverser et parfois submergé par le flot des émotions, et dans le même temps d'occuper la fonction de l'intervenant qui sait répondre aux sollicitations.

Celle-ci doit s'étayer sur les fonctions des familles d'accueil ainsi que sur la nécessité maintes fois rappelée d'accompagner les processus de l'accueil familial et d'être en position d'aide et de soutien pour chacun.

QUELQUES RÉFÉRENCES

Les références qui suivent peuvent servir à approfondir la connaissance de l'accueil familial. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive.

Des études

"Les familles nourricières dans un placement familial pour malades mentaux adultes", Marcel Jaeger, Ministère des Affaires Sociales, Paris, 1988
"L'accueil familial organisé par l'hôpital - étude nationale", Jean-Claude Cébula et Catherine Horel, IFREP, Paris 1993
"L'accueil familial des adultes - évaluation des dispositions de la loi du 10 juillet 1989", Jean-Claude Cébula et Catherine Horel, IFREP, Paris, 1997

Un mémoire

"Le placement familial pour malades mentaux adultes : situation actuelle et perspective d'avenir", G. Chaar, CES de psychiatrie, Tours, 1987.

Des ouvrages

"Des fous dans la ville ? Geel et sa thérapie séculaire", E. Roosens, PUF, Paris, 1989
"Les placements familiaux thérapeutiques", Pierre Sans et collaborateurs, Fleurus, Paris, 1987
"Petite chronique d'une famille d'accueil", Jean Cartry, Dunod, Paris, 1996

Des analyses

Accueil familial thérapeutique
TSA - n° 343 du 4 janvier 1991
ASH - n° 1731 du 29 mars 1991, n° 1775 du 6 mars 1992
Accueil familial social
Fiches techniques du ministère des affaires sociales, 1990
ASH - n° 1656 du 15 septembre 1989, n° 1726 du 22 février 1991
TSA - n° 328 du 21 septembre 1990
"La loi sur l'accueil des personnes âgées et des handicapés adultes par des particuliers - un nouveau mode du soutien à domicile", L. Gallard, Années- Documents Cleirppa, N°19, novembre 1989
"L'accueil familial des personnes âgées", François Clément, rapport réalisé pour la fédération nationale d'Accueil familial personnes âgées et adultes handicapés

Des dossiers dans la presse

"L'accueil familial thérapeutique", VST, n° 57, 1er trimestre 1989
"Le placement familial", revue pratique de psychologie de la vie sociale, n° 4, 1991
"L'accueil familial thérapeutique", santé mentale, n° 20, septembre 1997

Les dossiers de "l'accueil familial en revue"

"le soin en accueil familial", septembre 1996 - "la complexité de la fonction famille d'accueil", juin 1997, "les risques et les écueils de l'accueil", décembre 1997, "l'agrément", juin 1998 - "la formation en accueil familial", décembre 1998

TEXTES RÉGLEMENTAIRES

Accueil familial "social"

Loi n° 89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes

Décret n° 90-503 du 22 juin 1990 fixant les fourchettes de rémunération

Décret n° 90-504 du 22 juin 1990 concernant l'agrément

Décret n° 90-635 du 18 juillet 1990 modifiant le code de la construction et de l'habitation

Décret n° 91-88 du 23 janvier 1991 relatif au contrat d'assurance

Décret n° 95-181 du 16 février 1995 relatif à la protection en matière d'accidents du travail et des maladies professionnelles de certains travailleurs à domicile

Arrêté du 18 juillet 1990 relatif aux plafonds de loyer et au calcul de l'APL

Accueil familial thérapeutique

Loi n° 89-475 du 10 juillet 1989, article 18

Arrêté du 1er octobre 1990 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services d'accueil familial thérapeutique

Note d'orientation n° DH/JB/91/72 du 27 décembre 1991 sur l'accueil familial thérapeutique des malades mentaux

Accueil familial de toxicomanes

Arrêté du 18 août 1993 relatif aux réseaux de familles d'accueil de toxicomanes

L'AUTEUR

Jean-Claude CÉBULA est psychologue clinicien et directeur de l'IFREP (Institut de Formation, de Recherche et d'Évaluation des Pratiques médico-sociales).

Intervenant et formateur en accueil familial, il participe à l'élaboration des pratiques et des formations en accueil familial d'enfants et d'adultes depuis 1983.

Dans le domaine de la recherche, c'est sous sa direction qu'ont été menées les premières études nationales sur l'accueil familial : en 1989, sur l'ensemble des placements familiaux ; en 1992, sur le placement familial de l'aide sociale à l'enfance financée ; en 1993, sur l'accueil familial organisé par les établissements hospitaliers ; en 1997, sur l'accueil familial des personnes âgées et handicapées.

L'OUVRAGE

L'accueil familial est un mode d'aide et de soutien adapté aux besoins de certains adultes dépendants du fait de l'âge, du handicap ou de la maladie, sous réserve de définir l'étendue et les limites du travail des familles d'accueil. Cette reconnaissance des accueillants et de l'accueil qu'ils proposent renvoie à la place que pourrait prendre l'accueil familial dans les dispositifs d'aide aux personnes.

Ainsi, malgré son caractère ancien, l'accueil familial des adultes devient une nouvelle pratique sociale et thérapeutique parmi les alternatives aux prises en charge en établissement. Pour ce, il est indispensable de s'intéresser aux accueillants et à ce que leur vie familiale peut apporter, aux différents besoins des accueillis et à la complexité des processus relationnels qui doivent être accompagnés.

Cet ouvrage a donc pour objectif de présenter les multiples facettes de l'accueil familial des adultes en proposant un support à la réflexion des intervenants, des familles d'accueil et des décideurs, à partir de :

- la relecture de l'histoire de l'accueil en famille afin de pointer le poids du passé et les dérives,
- l'analyse des cadres réglementaires et de leurs limites,
- l'approche différenciée des besoins des personnes pouvant bénéficier de l'accueil familial,
- la définition du travail des familles d'accueil et des aides à apporter en matière de suivi et d'accompagnement
- l'élaboration théorique des mouvements relationnels que vivent familles d'accueil et accueillis.