

l'accueil familial

en revue

N° 15
décembre 2003

numéro spécial

accueil familial des adultes

l'accueil familial en revue

sommaire

Dossier : l'accueil familial des adultes

J.C. Cébula	<i>comment ne pas perdre la tête ?</i>	5
C. Finkelstein, J. Canneva	<i>les réseaux de santé mentale dans la cité</i>	9
A. Rossi	<i>solutions pour une démarche de qualité</i>	12
D. Renaud	<i>de la colonie familiale à l'accueil familial thérapeutique</i>	17
V. Châteaueux	<i>de l'accueil familial thérapeutique à l'accueil familial médico-social</i>	21
A.M. Barbezier, I. Pazzelli	<i>la fonction de médiation en accueil familial social</i>	23
P. Rongère	<i>l'accueil familial, quelle pertinence pour des sortants de détention ?</i>	26
C. Radiguet	<i>la supervision des familles d'accueil</i>	29
J.L. Gilles	<i>l'accueil en famille, ou comment recréer du lien</i>	35
J.L. Roelandt	<i>mutation de la psychiatrie vers le champ de la santé mentale</i>	37
D. G-Pinet, A. Remmeau	<i>famille d'accueil et établissement : complémentarité</i>	42
D. Dehem, M.D. Flipo	<i>l'AFT, véritable alternative à l'hospitalisation</i>	46
C. Bentayeb, C. Poussou	<i>travail d'équipe et travail en partenariat</i>	53
C. Bisson, M. Lemonnier	<i>accompagnement de l'accueil familial : place et rôle de chacun</i>	59
J.F. Bauduret	<i>loi du 02/01/02 et textes relatifs aux accueillants familiaux</i>	63
A. Rocci	<i>l'accueil familial social, alternative à l'internat</i>	69
F. Wizla	<i>accueil familial : des soins autrement pour des regards différents</i>	77
G. Aluffi	<i>réponses familiales à des sujets souffrant de troubles psychiques</i>	80

Éditorial 3

Études et recherches

*l'accueil familial des personnes âgées et des personnes handicapées :
évolution quantitative entre 1996 et 2002* 87

Commande des numéros 91

Revue semestrielle
Édition IPI
50 rue Samson - 75013 Paris
Tél 01 45 89 17 17
Fax 01 45 89 00 41
prix du numéro : 16
N° 15 - décembre 2003
N° ISSN 1270.4164
Imprimerie Parenthèses (Nantes)

directeur de la publication Jean-Claude Cébula

comité de rédaction

Eric Auger - Joëlle Berrhuel - Philippe Drouet
Serge Escots - M. Josèphe Godard - Daniel Gorans
Loïc Hamon - Catherine Horel - Geneviève Mermet
Hana Rottman - Bernard Ruhaut - Pierre Verdier

éditorial

Un numéro spécial, faute de pouvoir assurer un suivi périodique de la publication comme annoncé dans le numéro précédent de « l'accueil familial en revue ».

Un numéro spécial sur l'accueil familial des adultes très largement alimenté par les interventions de professionnels lors des journées d'étude organisées par l'IFREP en décembre 2002.

Un numéro spécial qui paraît sans pouvoir, comme nous l'espérons, faire le tour de la question de l'accueil familial des adultes en présentant et en commentant les décrets d'application de l'article 51 de la loi de modernisation sociale toujours attendus.

L'accueil familial des adultes, des handicapés psychiques précisément, est un moyen de relancer très concrètement la problématique de l'accueil familial au travers des témoignages, des propositions, des expérimentations et en se défaisant des clivages sociaux ou thérapeutiques.

La problématique de l'accueil familial des adultes transcende tous les publics adultes orientés vers ce mode d'accueil : personnes âgées, handicapées ou malades mentales, toutes rencontrent des difficultés où se mêlent incapacité psychique de se prendre en charge, problèmes relationnels avec l'environnement, désocialisation et solitude.

À ce titre, rappelons que les personnes âgées bénéficiaires sont le plus souvent « d'anciens » handicapés ou malades mentaux, identifiés du fait de l'âge comme des personnes âgées, ce qui gomme les difficultés relationnelles de ces usagers. Ce glissement avait été analysé lors de l'évaluation de l'accueil familial des adultes menée par l'IFREP en 1997-1998 à la demande de la Direction Générale de l'Action Sociale.

Les différents articles dressent largement le tableau des questionnements et des pratiques auxquels sont confrontés les dispositifs ou services à l'heure actuelle.

Nous avons associé à cet ensemble de textes les données recueillies courant 2003 auprès des départements sur l'évolution quantitative de l'accueil familial social entre le 31/12/96 et le 31/12/02. Contrairement à ce que certains propagent, le nombre d'accueillants familiaux n'est pas en diminution au niveau national même si le dispositif subit des variations importantes selon les départements.

Par ailleurs, l'accueil familial thérapeutique semble être en expansion mais nous n'avons pas de données récentes pour les confronter aux chiffres recueillis en 1992 lors d'une étude menée par l'IFREP auprès des établissements hospitaliers avec l'aide de la direction des hôpitaux. Rappelons que l'on comptabilisait alors environ 2 000 familles d'accueil et 3 464 accueillis.

Enfin, l'accueil familial médico-social, qui pourrait avoir un avenir certain, ne fait pas l'objet de statistiques. Un prochain texte réglementaire permettra de l'organiser concrètement.

Les décrets d'application de la loi publiée en janvier 2002 ne sont pas parus à ce jour... Trois textes sont à l'étude : un décret financier, un décret en Conseil d'État et un arrêté auquel est annexé un contrat type à valeur nationale.

Des propositions ont été soumises dès avril 2002 aux différents partenaires ou professionnels dont les associations d'accueillants familiaux

Alors que les projets de textes confirmaient une nette amélioration en termes de statut et de rémunération (voir nos commentaires dans le numéro 12), ils n'ont pas reçu l'aval des représentants des accueillants familiaux. Ce refus, au prétexte, certes justifié, que les minima de la rémunération journalière pour services rendus, calculés en SMIC (et non plus en MG) étaient fixés trop bas. Est ainsi retardé pour de nombreux accueillants familiaux rémunérés au minimum le bénéfice d'une notable augmentation.

Les négociations en cours (une réunion de travail organisée par le Secrétariat d'État aux personnes âgées s'est tenue le 2 octobre 2003) ne pourront aller guère au-delà des premières propositions. En effet, les minima constituent une base uniforme sur le plan national alors que les maxima se négocient au cas par cas, ou département par département selon les politiques sociales ou le développement de l'accueil familial. De nombreux accueillants familiaux devront attendre que les décrets soient enfin publiés, en espérant que les représentants des associations de familles d'accueil ne rejettent pas à nouveau les avancées proposées.

Comprenons nous bien, les accueillants familiaux sont insuffisamment rémunérés et soutenus. En 1989, ils ont hérité d'un statut et d'une reconnaissance indignes des prestations qu'ils proposent. Toutefois, les avancées induites par l'article 51 de la loi de modernisation sociale ne sauraient être refusées au motif qu'elles sont insuffisantes. Rien ne se fait en un jour.

Enfin, ce numéro pour redonner du sens à l'accueil familial, au travail des accueillants et des autres professionnels. Sur ce plan, on ne peut que déplorer à nouveau la confusion des genres lorsqu'on constate que le président d'une association d'accueillants familiaux devient le représentant d'une formule d'accueil qui utilise les lacunes de la réglementation pour vendre, sous couvert d'accueil familial, des opérations immobilières qui n'ont rien à faire dans ce contexte. Nous avons évoqué cette dérive dans le numéro 12.

S'occuper des « autres » en difficultés ou en souffrance, et vivre avec, nécessite compétence et humilité, ainsi qu'une réelle inscription dans des pratiques sociales ou médicales aux côtés de nombreux autres acteurs et professionnels, ce que ne sont pas les « marchands de soupe » ou de programmes immobiliers.

« COMMENT NE PAS PERDRE LA TÊTE... »

Jean-Claude CÉBULA, psychologue clinicien
IFREP, Paris

Ces quelques mots du refrain d'une chanson¹ vont rythmer les péripéties de l'accueil familial des adultes.

PREMIER COUPLET

Comme dans la chanson, une jeune femme, Dymphne, perd la tête. Les « bras audacieux » qui tentent de la serrer et auxquels elle se refuse scelleront son histoire. Cette aventure ancienne, plus ou moins connue ou déformée, est considérée comme la source de l'accueil familial des populations en grandes difficultés relationnelles.

Au VII^{ème} siècle, Dymphne, aujourd'hui patronne des malades mentaux, a été décapitée. Jusqu'à cette fin dramatique, elle a gardé toute sa raison : elle rejette les avances de son père qui, fou de colère, ordonna sa décapitation. L'affaire se passe dans un petit village du nord de l'Europe, Geel, qui devient lieu de pèlerinage où des possédés sont emmenés par leur parenté et laissés à la garde ou au bon vouloir des paysans locaux qui les hébergent et les nourrissent plus ou moins confortablement en attendant qu'un miracle advienne pour qu'ils puissent retrouver leur communauté d'origine. À cette époque, le Moyen Âge, on n'évoque pas la maladie mentale ou le handicap mais la déraison associée à la sorcellerie ou à la possession.

Que nous apprend cet épisode lointain ? Que déraisonner, comme le fit le père de Dymphne, crée des complications familiales jusqu'à faire perdre la tête aux uns et aux autres. L'unité familiale est mise à rude épreuve lorsque les règles qui la structurent, l'interdit de l'inceste en particulier, sont autant bousculées. Un tel constat est encore trop souvent d'actualité.

Mais l'enseignement fondamental porte sur la capacité d'autres familles de supporter des populations rejetées par leurs proches ou de suppléer des défaillances familiales. Non seulement les familles de Geel, et dorénavant les familles d'accueil contemporaines, s'occupent de personnes non autonomes, en souffrance psychique, mais elles apportent dans le partage de leur intimité des figures parentales rassurantes et structurantes, fondatrices des processus de reconnaissance dans notre rapport aux autres.

DEUXIÈME COUPLET

Comment ne pas perdre la tête à la lecture des textes qui réglementent l'activité d'accueil à son domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées ?

Trois temps pour ce couplet. Tout d'abord, la loi du 10 juillet 1989 dont je viens de reprendre le titre, ainsi que, pour certains, l'arrêté du 1er octobre 1990, tentent de mettre de l'ordre dans les têtes des acteurs de l'accueil familial des adultes. Durant cette période, l'activité d'accueil de populations en souffrance psychique ou en difficulté sur le plan de l'autonomie était plus ou moins développée et organisée selon les départements ou les services de psychiatrie.

La loi, texte fondateur, apporte un cadre à cette pratique et définit deux types d'accueil familial : l'accueil familial social de personnes âgées ou handicapées dont la mise en œuvre est du ressort des services sociaux des départements et l'accueil familial thérapeutique de malades mentaux dont l'organisateur est un service de psychiatrie.

Pour mémoire, rappelons les concepts avec lesquels chacun (professionnels sociaux ou médicaux, accueillants, accueillis, parents ou tuteurs des accueillis) a dû composer : agrément des familles d'accueil, contrat accueillant-accueilli, organisation du suivi social et médico-social des accueillis, contrôle et formation des accueillants. Sans connaissance des limites, des enjeux, des besoins ou même des spécificités de l'accueil familial, il y eut de quoi perdre la tête... ce qui fut souvent le cas. D'autant que les premiers temps furent ceux de la régularisation des accueils existants. C'est-à-dire que l'on venait agréer des familles qui accueillait des adultes intégrés depuis leur enfance à la vie familiale, qui parfois n'avaient pas vu de travailleurs sociaux depuis plusieurs dizaines d'années et qui, subitement, devaient se mettre en conformité, donc rendre des comptes. Certains en perdirent la tête, au sens figuré, car ne pouvant obtenir l'agrément ; d'autres restèrent circonspects. Quant aux accueillis, ces bouleversements légaux ne contribuèrent pas toujours à asseoir leur raison. Imaginez, du fait du contrat, ils devenaient employeurs des personnes avec qui ils vivaient ! Il en faut souvent moins pour déraisonner.

L'accueil familial thérapeutique échappe à quelques-unes de ces péripéties. Un employeur et organisateur est clairement identifié : un établissement public de santé. Les règles du fonctionnement du dispositif sont codifiées dans l'arrêté du 1er octobre 1990 qui laisse tout de même quelques flous quant au statut des accueillants (salariés, contractuels...) ou des accueillis (considérés comme hospitalisés ou non...).

Deuxième temps : l'évaluation de l'accueil familial social réalisée en 1998, à la demande de la Direction Générale de l'Action Sociale, pilotée par Jean-François Bauduret, et confiée à l'IFREP. Près de neuf ans après la parution de la loi, il fallait y voir clair. Cette étude avait donc plusieurs objectifs :

- quantifier le dispositif. Pour mémoire, nous comptons alors environ 9 000 personnes agréées, 12 000 accueillis dont les deux tiers sont des personnes handicapées psychiques (souvent des enfants qui ont grandi et sont restés dans leur famille nourricière, ou des accueils anciens de malades stabilisés ou de handicapés mentaux placés par des établissements de santé). Notons que les besoins et les réponses, selon qu'il s'agit de personnes âgées ou handicapées, sont fort différents. Certains ont fait leur vie et doivent être accompagnés dans l'amenuisement de leur compétence ; d'autres ont encore à la faire et acquièrent au contact des familles d'accueil des compétences jusque-là peu sollicitées ou peu explorées ;

- évaluer les disparités de rémunération et de statut, pour ne pas dire de considération, appliquées aux familles d'accueil, et enquêter sur les difficultés et les pratiques relatives à l'agrément, au suivi et au contrôle ;
- proposer une amélioration et une harmonisation du statut et des rémunérations des accueillants familiaux.

Ce deuxième temps fut l'occasion de trouver les voix de la raison qui prirent la forme de l'article 51 de la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002. Avec ce texte, on pouvait enfin espérer que nos troubles allaient trouver des réponses raisonnables. C'est en partie le cas si les décrets à venir confirment la voie. L'accueil familial apparaît plus précisément dans les dispositifs d'aide et d'accueil² du fait de :

- l'invention d'un nouveau métier, celui «d'accueillant familial» pour recevoir jusqu'à trois accueillis, avec obligation d'une formation initiale et continue. Jusque-là, on évoquait des personnes agréées ;
- la définition de modalités d'accès à la profession et de fin d'activité plus précises et à validité nationale ;
- l'affirmation, certes encore timide, d'un statut, d'un salaire et de droits en référence aux codes du Travail et de la Sécurité Sociale.

Le cadre général de l'activité est toujours fixé par un contrat entre accueillant et accueillis mais des améliorations sont apportées : il est basé sur un contrat type établi par voie réglementaire et prévoit des droits en matière de congés annuels des accueillants familiaux.

Au-delà de ces améliorations, le nouveau texte invente et définit un nouveau dispositif : l'accueil familial médico-social. Des structures publiques ou privées (établissements assurant l'hébergement de personnes âgées, handicapées, inadaptées...) pourront être employeurs d'accueillants familiaux. Voie royale pour créer de véritables services d'accueil familial pour des handicapés psychiques s'appuyant sur des familles d'accueil salariées d'un établissement et sur la distinction des contrats de travail et des contrats d'accueil.

L'accueil familial thérapeutique est déjà organisé sur ce modèle. Cette ouverture crée un champ de concurrence ou de complémentarité entre accueil familial thérapeutique et accueil familial médico-social. Les deux dispositifs s'adressent finalement à des populations, malades mentaux ou handicapés mentaux, très proches. Comment chacun pourra-t-il faire valoir sa spécificité ? N'oublions pas que le quotidien, la pertinence et la qualité de vie des familles d'accueil restent les mêmes que la personne accueillie soit qualifiée de malade ou de handicapée mentale.

TROISIÈME COUPLET

Ce sont en effet les besoins des populations orientées en accueil familial qui peuvent nous aider à retrouver nos esprits et à relever la pertinence des familles d'accueil. Le plus souvent, il s'agit de personnes qui ont la particularité de ne pouvoir seules subvenir à leurs besoins, momentanément ou durablement. Les aléas de leur vie ou de leur parcours ont renforcé des difficultés relationnelles latentes ou avérées, voie vers la désinsertion sociale.

Ces aspects handicapants sont ceux auxquels répondent le mieux les familles d'accueil. À l'aide au quotidien qu'elles assurent, s'ajoute l'offre d'un cadre structurant, rassurant, avec des repères permanents et durables en termes de lieux et de personnes. Les accueillants familiaux partagent leur être, leur intimité familiale. Les images parentales sur lesquelles s'appuient parfois ces actions agissent au niveau de la structure psychique du sujet.

C'est-à-dire qu'en accueil familial, lorsque le système relationnel est satisfaisant pour chacun, les accueillis progressent jusqu'à acquérir ou récupérer des compétences nouvelles ou disparues. Ce que Winnicott³ avait repéré en affirmant que « Dans le cas extrême, il faudrait que le thérapeute aille vers le malade et lui offre activement un bon maternage... ». N'est-ce pas une des attentions spontanées des familles d'accueil ?

Dans cette perspective, la formation devient un enjeu important. Incontestablement, elle contribuera à valoriser et à identifier cette activité. Mais il faudra agir avec prudence et discernement afin de penser des formations adaptées à un nouveau métier à nul autre pareil qui n'est pas réductible au savoir-faire des autres professions du social.

L'essentiel du projet formatif devrait résider dans un mouvement réflexif articulé aux pratiques personnelles d'accueil, afin d'inventer des réponses et des positionnements de référence. L'enjeu est d'apporter aux accueillants, au-delà des connaissances indispensables à leur activité et à son cadre, les moyens d'élaborer leur travail et de penser leurs attitudes en rapport avec les comportements et les besoins des accueillis. En ce sens, certains dispositifs collectifs favorisant la parole, l'expression et la réflexion sur la pratique devraient être valorisés.

Pour conclure, revenons-en à Winnicott qui, sans décrire le travail des accueillants familiaux, préconisait à propos de la psychose : « En d'autres termes, la psychose est étroitement liée à la santé, dans laquelle d'innombrables situations de défaillances de l'environnement sont gelées, mais on les atteint et on les dégèle grâce à divers phénomènes curatifs de la vie ordinaire : les amitiés, les soins au cours de maladies physiques, la poésie, etc... ».

Ces éléments curatifs de la vie ordinaire sont largement dispensés par les familles d'accueil ! En poètes du quotidien, les accueillants familiaux font entrer leurs accueillis dans une autre théorie des rapports que ceux construits par la relation valide-handicapé ou soignant-soigné. Ils deviennent alors de formidables appareils à penser, à décoder et à contextualiser où opèrent des processus identitaires rendus possibles par la vie en commun.

1 - « Mon amant de Saint-Jean » – paroles de Léon Angel

2 - pour des précisions, voir le texte de la loi et les commentaires dans le numéro 12 de « L'accueil familial en revue » (décembre 2001)

3 - « Les aspects métapsychologiques et cliniques de la régression au sein de la situation analytique » in « De la pédiatrie à la psychanalyse », Donald W Winnicott, Payot 1969

LES RÉSEAUX DE SANTÉ MENTALE DANS LA CITÉ : NÉCESSITÉ, PARTICULARITÉS ET URGENCE

intervention à deux voix

Claude FINKELSTEIN, présidente

Fédération Nle des Associations de Patients en Psychiatrie

Jean CANNEVA, président

Union Nle des Amis et Familles de Malades Mentaux

JC Nous intervenons à deux voix parce que nous avons décidé, depuis quelques années, non pas de discourir mais de témoigner ensemble. Je représente l'UNAFAM avec 10.000 familles accueillantes... Il n'y a pas que les professionnels qui sont des familles accueillantes...

CF Je représente la fédération FNA-PSY qui réalise un travail de représentation auprès du ministère par l'étude des textes de loi. Les associations, elles, effectuent un travail de terrain, notamment d'entraide, de paroles, de partage des expériences et des vécus. Or, très peu d'usagers en accueil familial font partie des associations. Peut-être ont-ils un sentiment de sécurité, de tendresse et de communication dans les familles d'accueil.

De plus en plus, les lits hospitaliers sont fermés, ce qui est très bien car un hôpital n'est pas un lieu de vie, c'est un lieu de soins, un lieu de passage pour un soin précis parce qu'on ne peut pas être soigné en ambulatoire. Les autres réponses doivent être apportées par des formules alternatives dont l'accueil familial fait partie, notamment pour les personnes que leur famille ne peut accueillir. Comme le dit Jean Canneva, les familles d'origine sont des familles d'accueil contraintes et forcées, et parfois il est plus difficile de vivre dans sa propre famille en raison de l'histoire, des conflits, des problèmes.

À notre niveau, nous avons constaté que l'accueil familial fonctionne bien dans certaines régions, comme le Nord ou la Bretagne, dans lesquelles est présente une culture de familles nombreuses, où l'enfant « différent » est accepté et gardé, mais aussi où les femmes n'ont pas d'activité professionnelle extérieure. Alors que dans les grandes métropoles et les villes, il est difficile de trouver une famille d'accueil : les deux membres du couple travaillent, le changement prévaut sur le plan de la composition familiale mais aussi de l'emploi et de la mobilité. Pour les personnes qui envisageraient de devenir famille d'accueil, il faudra prendre davantage de distance avec l'accueilli et de « liberté », parce que c'est très lourd d'accueillir quelqu'un. Mais il semble que, dorénavant, les familles d'accueil puissent avoir des congés...

L'accueil familial est intéressant parce que ce n'est pas seulement d'être soigné dont on a besoin, c'est d'écoute, de la sécurité d'une famille, de tendresse. Mais, ce qui nous inquiète, c'est le manque de reconnaissance vis-à-vis des familles d'accueil. Souvent, on constate qu'on les « laisse tomber », qu'on ne les aide pas, qu'on ne les accompagne pas parce que l'accueil se déroule bien. Comme partout, on n'intervient seulement quand « ça ne marche pas ». Nous n'avons pas la culture de l'aide aux aidants telle qu'elle est pratiquée au Québec par exemple.

JC Je rebondis sur le problème de la reconnaissance, mais cette fois des malades. Avant, les hôpitaux les prenaient en charge dans des univers fermés. Aujourd'hui, 95% des personnes dont on parle vivent dans la cité. Nous militons depuis trois ans pour dire aux professionnels de santé mentale que ces personnes, si elles sont malades, sont aussi handicapées psychiques. Or, pour la première fois, le 3 décembre, le Président de la République, dans son discours d'intronisation du Comité National Consultatif des Personnes Handicapées, a prononcé le mot « handicapé psychique ». C'est un événement très important qu'une autorité publique officialise ce terme « psychique », même s'il s'agit d'une pure convention (« mental » vient du latin ; « psychique » du grec). La population concernée par les maladies de l'esprit n'est pas négligeable : environ 600.000 « cas lourds » en France, dont 300 000 doivent impérativement être accompagnés.

Le handicap psychique peut être distingué du handicap mental à partir de trois critères :

- l'intelligence : il ne s'agit pas d'une déficience intellectuelle, mais d'un problème de mise en œuvre de l'intelligence ;
- la médicalisation : nos proches suivent des traitements aux effets secondaires considérables, tandis que la personne handicapée mentale, en principe, n'en a pas besoin ;
- la variabilité : le handicap psychique est une conséquence de ce que nous appelons une maladie évolutive. Cela veut dire que les besoins et les comportements changent extrêmement vite. Mais faire accepter des concepts comme la variabilité est difficile.

Le monde médical a été longtemps contre la notion de handicap. On le comprend en partie car il voulait éviter la stigmatisation et soutenait qu'il y a toujours une possibilité d'évolution. Ce qu'il n'avait pas vu, c'est que, dans la cité, le handicap est créateur de droits. Il est susceptible de procurer une allocation et demain, avec les demandes que nous formulons, un logement.

La reconnaissance est bien liée à une façon d'être face aux maladies de l'esprit. Il faut admettre que personne ne peut s'en sortir seul, ni le patient, ni sa famille, ni le soignant ou l'assistante sociale, ni l' élu. D'où le nécessaire partenariat d'institutions représentatives de chacune des parties. Où les familles d'accueil se situent-elles dans tout cela ? Elles sont un des maillons de l'accompagnement.

À l'UNAFAM, nous savons ce qu'est la vie quotidienne avec un malade, 365 jours par an, toute la vie : une épreuve redoutable. L'arrivée de la maladie est un séisme. Si les familles n'ont pas d'aide, notamment celle de professionnels, il y a un risque d'épuisement parce que l'attention doit être permanente. Quand vous avez un fils qui vous demande : « Mais pourquoi tu m'as fait naître comme ça ? » que répondre ?

Depuis que nos deux associations travaillent ensemble, nous avons énormément appris. C'est inouï ce que les patients peuvent s'aider. Claude m'a expliqué des comportements que je ne comprenais pas. Une fois que vous les avez compris, c'est différent. Il faut apprendre à faire face. Les anglo-saxons savent très bien le faire. Ils disent « cope with ». Faire face, ça veut dire qu'on n'est pas désarçonné.

CF L'accueil familial est une réponse, mais il faut essayer d'être innovant, de réfléchir à ce qu'on peut donner de plus aux familles d'accueil ou prévoir pour qu'elles continuent.

JC À propos des réponses, nous avons fait une planification à partir de l'hôpital jusqu'à l'appartement autonome. Sur les 300.000 personnes concernées en France, on sait à peu près où sont 150.000 d'entre elles : dans les hôpitaux, les foyers de post-cure, les MAS et les foyers de vie à double tarification. Plus minoritaires, certaines sont chez des familles d'accueil, d'autres dans des familles gouvernantes (une maison avec une dizaine de patients et une famille qui assure la présence, au cœur du dispositif. Au lieu d'un patient dans une famille, une famille s'occupe de dix patients. C'est innovant et il n'y a pas de face à face permanent. Quand vous vous occupez de dix personnes, la relation n'est pas binaire), et quelques-unes dans des résidences sociales ou dans des pensions de familles. Voilà pour celles qui sont accompagnées.

Restent donc au moins 150.000 personnes qui sont « dans la nature ». Où sont-elles ? Majoritairement dans leur famille. Cette situation concerne 40% des familles de l'UNAFAM. Parfois, les responsables de services hospitaliers disent à des gens âgés de 80 ans : « Je vous renvoie votre fils de 60 ans », et quand ces parents répondent : « Attendez, je n'ai pas de place, je ne sais pas faire », on leur rétorque : « Vous vous débrouillez, c'est comme ça ». Certaines situations sont dramatiques. Notre centre d'appels téléphoniques, qui fonctionne depuis trois ans, reçoit 650 appels par mois de gens affolés qui ne savent plus ce qu'il faut faire. Il n'y a aucune formation, ni aucune aide pour les aidants. Ce pays agit sans nuance : il ferme 50.000 lits et ne propose rien en contrepartie, même pas d'hébergement. Nos proches n'entrent pas dans les critères d'attribution des HLM. S'il n'y a pas des procédures spéciales comme ce que le Dr Roelandt a mis en place à Armentières, ils n'auront jamais de logements, sachant que ce n'est pas suffisant et qu'il faut un accompagnement. L'idée, c'est de faire attribuer des logements par une commission présidée par un élu, à laquelle participent le bailleur social, le soignant, l'assistante sociale, la famille et le patient. C'est ensemble que l'on décide que la personne peut résider dans ce logement, à condition qu'elle accepte l'accompagnement.

Environ 10.000 personnes vivent en principe dans des logements indépendants, mais on sait bien qu'elles sont instables. Et quand la solitude devient intolérable, que fait-on ? Et qu'en est-il du sort des SDF, et des malades incarcérés ?

En fait, les personnes qui sont dans leur famille ou dans des appartements indépendants, ainsi que les SDF et les détenus sont mal accompagnés. Or, ces gens ont besoin d'être aidés, d'autant qu'ils sont souvent incapables d'aller chercher la prestation de services dont ils ont besoin. De plus, dans notre pays, il y a une séparation extraordinaire entre le médical et le social. Et si Monsieur Raffarin décentralise, comme il en a l'intention, la situation risque d'être encore pire. Les administrations ne se rapprocheront pas parce que chacune a sa logique. Pour nous, le logement et l'accompagnement vont ensemble.

Nous demandons 10.000 hébergements accompagnés au gouvernement. Les familles d'accueil font partie du dispositif même si, de notre point de vue, elles n'ont probablement pas autant d'avenir que les familles gouvernantes pour les raisons indiquées précédemment. Ken Alexander, un australien, a écrit sur la façon de gérer la distance : si vous êtes trop proches, vous fusionnez, et vous risquez d'être entraîné dans la pathologie ; et si vous êtes trop loin, la personne est abandonnée. Il y a donc un problème de réglage. Mais, même en apprenant ces notions, la relation reste duelle en famille d'accueil, sauf si, et nous le souhaiterions pour les familles d'origine, la famille d'accueil bénéficie de l'intervention d'un tiers professionnel.

SOLUTIONS POUR UNE DÉMARCHE DE QUALITÉ

Anita ROSSI, infirmière

Service Evaluation et Conseil Techniques Adultes
Conseil Général de l'Yonne

La qualité de vie, c'est lorsque certains facteurs sont réunis qui permettent, non pas de survivre, mais de jouir de la vie. Pour une personne accueillie, il y a qualité de vie quand l'accueil est réussi, à savoir : vivre dans un cadre qui convient, être respectée dans sa personnalité et dans son histoire, lire de la considération dans les yeux d'autrui, garder le droit à la parole et à décider pour soi-même ; un petit bonheur chaque jour en quelque sorte.

À propos de « qualité de vie », le Larousse précise : « tout ce qui contribue à créer des conditions propres à épanouir davantage l'individu ; ces conditions elles-mêmes ». De son côté, l'Organisation Mondiale de la Santé cerne la qualité à partir de la prise en compte de six dimensions : la mobilité physique, l'indépendance physique, les occupations élaborées, l'intégration sociale, la suffisance économique, et l'orientation dans le temps et dans l'espace. Il faudra alors étudier ces dimensions par le biais de thèmes comme l'intervention humaine, l'espace personnel, l'animation ou les relations sociales.

La Fondation Nationale de Gérontologie a créé, en 1988, la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante. Elle stipule que « son confort moral et physique, sa qualité de vie doivent être l'objectif constant, quelle que soit la structure d'accueil ».

DES SOLUTIONS POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DE L'ACCUEIL FAMILIAL

Parler de qualité, quand la loi reste vague à ce sujet, paraît utopique, mais l'expérience montre que nous avons, à travers des « règles » de service, amélioré celle de l'accueil familial.

L'agrément

Auparavant, l'instruction du dossier consistait en une simple évaluation au domicile du demandeur. Il existe une nouvelle procédure qui débute dès lors qu'une demande écrite et motivée a été adressée à notre service. À ce moment précis, s'enchaînent différentes étapes à respecter :

- un livret d'accueil rassemble toutes les informations inhérentes aux familles d'accueil. Cela permet aux demandeurs de se familiariser avec les tâches et l'investissement demandé par notre service ;
- un courrier de confirmation : la personne demandeuse doit confirmer ou infirmer par écrit sa décision de poursuivre la démarche. En cas de confirmation, l'instruction continue ;
- un courrier d'accusé de réception et l'envoi du dossier d'inscription. Diverses pièces sont à joindre à ce dossier : livret d'informations, questionnaire, pièces administratives ;
- une réunion d'informations se déroule au Conseil Général avec les personnes ayant déposé une demande. Cette « réunion d'informations préalable à l'enquête d'évaluation » est animée par une infirmière du service. Elle a pour but de réexpliquer oralement ce qu'est une famille d'accueil (avantages, inconvénients) et de répondre aux questions des futurs accueillants. Nous pouvons également proposer une rencontre avec d'autres familles d'accueil ;
- à l'issue de cette réunion, une nouvelle confirmation écrite doit être adressée au service dans un délai de huit jours ;
- l'instruction du dossier se traduit ensuite par trois visites : une visite au domicile par l'infirmière qui évalue les capacités d'accueil autant sur le plan matériel (sur la base du cadre légal concernant la dimension des chambres par exemple) que sur les plans du savoir-être et du savoir-faire, du climat, de l'aisance familiale ; une visite auprès du médecin du service, et une visite auprès d'un psychiatre.
- vient enfin, dans un délai de deux mois, le passage du dossier en commission autour des avis détaillés et motivés. En cas de refus, le candidat est reçu afin de lui en expliquer les raisons ; en cas d'accord, s'enchaîne un travail en partenariat établi sur la base de la confiance. Nous travaillons constamment dans l'aide et dans le suivi.

Après l'agrément

Avant l'arrivée d'une personne dans la famille d'accueil, nous proposons à celle-ci d'effectuer un stage auprès de personnes âgées ou d'adultes handicapés. Cela n'est pas obligatoire, mais toutes les personnes en éprouvent le besoin. Un carnet de stage a été créé à cet effet, qui est rempli à la fin par le directeur de la structure, la personne agréée et nous-mêmes.

Par ailleurs, nous organisons la préparation de l'accueil :

- d'après son « profil », nous aidons la nouvelle famille d'accueil à « trouver » une personne âgée ou un adulte handicapé. Les infirmières organisent la rencontre entre les deux parties. Depuis que nous nous intéressons à la préparation du placement, les personnes accueillies s'adaptent mieux à leur nouvelle situation. Auparavant, beaucoup d'échecs étaient dus à une trop grande rapidité de placement, parfois même sans avoir consulté les futurs accueillis ;
- quant à l'accueilli, il peut effectuer un séjour d'essai dans la famille d'accueil.

Lors de la signature du contrat, nous essayons d'être présents afin de bien expliquer ce document très détaillé depuis janvier 2001. Le contrat précédent était vague et ne permettait pas de préciser certaines exigences des accueillants ou des accueillis. Les accords et les engagements étaient verbaux, ils sont maintenant inscrits.

Ce nouveau contrat liste les droits et obligations de l'accueilli et ceux de l'accueillant, ainsi que les conditions d'hébergement. Une annexe explicative reprend les conditions financières relatives à l'aide sociale et à la formation. Ce contrat a été travaillé avec la participation et l'avis favorable des organismes de tutelles (ATI, UDAF) et des juges de tutelle du département.

Contrôle et suivi

Les infirmières n'interviennent que dans le cadre du suivi, sur la base de la confiance. Suivi et contrôle sont différenciés, mais il est évident que nous exerçons une certaine surveillance et que nous agissons, soit tout de suite, soit en passant le relais au médecin.

Le cas échéant, le contrôle est réalisé par le médecin du service. Il intervient quand le suivi n'est plus possible (agressivité, perte de confiance de la personne agréée, tension...).

Lors du suivi, qui est en fait de la « formation sur le terrain », nous essayons de former les nouvelles familles d'accueil à la qualité. Le mot est employé régulièrement lors des visites, ce qui permet de valoriser leur travail à domicile.

Il reste encore d'anciennes familles « nourricières » avec lesquelles nous parlons de qualité mais elles ont quelques difficultés à comprendre pourquoi cette notion est abordée aujourd'hui. Il est important de ne pas dévaloriser, ni de remettre en question leur savoir-faire mais d'affiner et d'améliorer encore plus leur travail. Sur le long terme, nous y sommes parvenues.

LES AXES DE LA « FORMATION SUR LE TERRAIN »

L'accueil : préparation de qualité

Un placement bien préparé est généralement un placement réussi :

- le futur accueilli commence par visiter la famille d'accueil. S'il ne peut se déplacer, l'infirmière et l'accueillant se rendent à son domicile. Une évaluation (médicale, de dépendance, et d'identification de la personne) est alors menée. Les documents sont lus pour préparer au mieux l'accueil. Puis, le futur accueilli se voit proposer de passer une journée ou un week-end d'essai chez l'accueillant pour faire connaissance et s'approprier l'environnement ;
- le jour de l'arrivée, j'insiste pour qu'un bouquet de fleurs, un panier garni, se trouvent dans la chambre avec un petit mot de bienvenue.

Des repères sont donnés s'il n'y a pas eu de visite auparavant : visite de la maison, du village, orientation de la chambre, habitudes de vie de la famille d'accueil, présentation du médecin et des autres intervenants. C'est donc dans un climat familial, convivial et détendu que les accueillis prennent contact avec leur nouveau lieu de vie.

La famille d'accueil, grâce à la grille d'évaluation, saura être à l'écoute de l'accueilli, l'installer dans sa chambre avec ses meubles s'il le désire, discuter de ses habitudes... La relation se crée peu à peu. Avec un accueil de qualité, le nouvel accueilli se sentira rassuré.

Le projet de vie

Pour J.L. Bascoul¹, « le projet de vie ne consiste pas à être bien dans la famille, mais à accompagner les personnes âgées jusqu'à la fin de leur vie, en y trouvant du plaisir ».

Un projet de vie est élaboré, après quelques jours, afin de cerner les difficultés de l'accueilli, et de définir un objectif pour une meilleure prise en charge. Ce projet est très important, surtout pour les adultes handicapés dont les potentiels d'autonomie sont à exploiter, (habillage, toilette, aide au repas, réfection de leur chambre, activité dans un foyer spécialisé...).

L'autonomie

Quatre domaines d'autonomie font l'objet d'une attention particulière :

- le déplacement : la famille d'accueil doit adapter les aides (canne, déambulateur...). Quant au fauteuil roulant, il peut être un symbole d'autonomie retrouvée si l'apprentissage de son maniement est effectué correctement. La motricité peut être préservée grâce aux sorties, à la marche, à des activités telles que jeux de cartes, dresser la table pour les repas...
- l'autonomie matérielle : les actes comme la gestion financière, les factures, les achats, recevoir son courrier sont des acquis devant être respectés pour être maintenus ;
- l'autonomie intellectuelle : la mémoire (les dates importantes sont notées sur un calendrier personnel), préparer les événements familiaux (naissances, anniversaires des enfants...), écrire et lire, voir les informations télévisées, écouter, réfléchir, calculer, comprendre...
- et bien entendu l'autonomie affective.

Le rôle de la famille, des tuteurs, des amis...

Familles, amis, tuteurs participent à la vie de la famille d'accueil et sont sollicités par des décisions. Ils sont également contactés ou reçus pour toutes explications concernant l'élaboration des bulletins de salaire, les déclarations sociales, les aides financières.

Les tuteurs sont des partenaires des « projets de vie ». Ensemble, nous visitons les accueillis afin d'améliorer ce qui peut l'être ; puis, une synthèse trimestrielle est effectuée dans le but de fixer des objectifs communs. Le cas échéant, ce projet de vie est soumis au Juge des Tutelles.

La socialisation et le lien avec l'extérieur

Maintenir ou rétablir la sociabilité de l'accueilli est essentiel à son bien-être. Lors du suivi, il est rappelé aux familles naturelles et accueillantes que l'accueilli doit posséder ses effets personnels et ses papiers d'identité, gérer son argent.

Préserver les visites et les rencontres, aller acheter son journal, chercher son livre à la bibliothèque, sont également importants pour l'équilibre de l'accueilli. En 2001, nous avons innové en plaçant des adultes handicapés à l'extérieur, pour des activités occupationnelles : un foyer du département, autorisé pour un accueil de jour, reçoit une fois par semaine 3 adultes handicapés. D'autres projets d'ouverture sur l'extérieur sont en cours.

Les repas

Nous demandons aux familles d'accueil de prévoir et préparer les menus avec l'accueilli, de les afficher dans la chambre, et de partager les repas avec lui. À cet effet, des visites ont lieu à l'heure des repas pour voir ce qui se passe et vérifier l'équilibre alimentaire des accueillis.

Les soins de nursing

Certaines familles d'accueil cherchent des améliorations dans ce domaine. Fruit d'un travail régulier et minutieux, des objectifs ont pu être mis en place. Elles ont ainsi appris à être à l'écoute et veillent dorénavant à respecter l'intimité de l'accueilli, à s'enquérir de ses habitudes et à les respecter, à lui laisser choisir ses vêtements et à se coiffer ; en fait, à ne jamais imposer à la personne ce qu'il faut faire.

Le projet est de mettre en place, avec un groupe de familles d'accueil, une charte sur « l'incapacité totale ou partielle de la personne accueillie ».

Des soins de qualité

Lors des visites, il est essentiel de discuter et de faire comprendre l'importance des soins. Il ne s'agit pas de former les accueillants à devenir des infirmiers mais de les informer sur des points essentiels tels que la déshydratation, la dénutrition ou encore la lutte contre les escarres.

Par ailleurs, le soin passe par l'animation, à savoir proposer des activités et des occupations adaptées. Par exemple, pour un adulte tétraplégique dont l'état baissait de mois en mois, nous avons mis au point un système de vidéocassettes pour lui montrer la nature, le village et ses services, l'église, les changements tels que le nouvel abribus... Il reçoit beaucoup de visites de la part des habitants du village mais le sortir en fauteuil devient impossible.

L'intérêt de cette démarche est que l'individu puisse, malgré tout et comme tout un chacun, être informé de l'évolution du village et, par conséquent, conserve le sentiment d'appartenir à la communauté. La lutte contre l'isolement représente un facteur majeur pour le moral des accueillis.

La formation

Dans le cadre de la formation continue, nous avons mis en place trois propositions :

- une formation de base organisée par le Comité Régional des Institutions par la Formation des Aides à Domicile dont les objectifs sont de mieux connaître la personne âgée, comprendre ce qu'est la dépendance, prévenir la maltraitance, commencer une démarche professionnelle en apprenant à instaurer une distance dans l'exercice de sa fonction, stimuler les besoins de connaissance et de savoir. Les modules de formation sont validés dans la perspective d'une certification CAFAD ou AMP ;
- un stage d'une semaine en établissement avec le même rapport de stage que pour les nouvelles familles d'accueil ;
- des groupes de parole animés par un directeur d'établissement ayant une qualification de formateur. Ils portent sur l'accueil familial (limites, responsabilités, cessation d'activité, projet d'accueil, projet personnalisé, projet de vie) ou encore le décès en famille d'accueil (accompagnement, conséquences sur le vécu).

LES PROJETS EN COURS

Nous avons prévu de poursuivre dans cette voie de la qualité, avec notamment :

- la réalisation d'une plaquette d'accueil afin de présenter la famille d'accueil, son cadre d'habitation et sa situation ;
- un relais avec d'autres familles d'accueil, un établissement ou encore une personne remplaçante dans le cadre des congés de familles d'accueil. Trois familles d'accueil y ont déjà eu recours car elles ressentaient le besoin de vacances et de séparation avec les accueillis. Le but est d'étendre ce système à l'ensemble des familles d'accueil et de démontrer que, pour la continuité d'un accueil de qualité, une coupure est nécessaire pour tout le monde.
- un grille d'évaluation tri-annuelle sur la qualité de vie et de l'accueil.

DE LA COLONIE FAMILIALE À L'ACCUEIL FAMILIAL THÉRAPEUTIQUE

Daniel RENAUD, cadre de santé
Centre Hospitalier Spécialisé
Ainay-le-Château (03)

C'est une longue histoire que je vais tenter de vous exposer. Ne vous étonnez donc pas des raccourcis que je vais prendre.

C'est dans la légende de Dymphe que l'on trouve les origines de l'accueil à domicile de malades mentaux. En effet, au VI^{ème} siècle, la fille d'un roi irlandais se réfugia à Geel, en Belgique. Elle voulut échapper à son père qui souhaitait l'épouser. Le roi la retrouva et la décapita de ses propres mains. Un aliéné assistant à ce supplice recouvra, dit-on, subitement la raison. D'autres guérisons miraculeuses furent obtenues, et Sainte-Dymphe devint la patronne des aliénés. Un pèlerinage s'organisait chaque année. Les pèlerins logeaient chez l'habitant. Très souvent, pour attendre le pèlerinage suivant, les familles confiaient leurs malades aux habitants de Geel. Le placement hétéro-familial était né.

À la fin du XIX^{ème} siècle, afin de désengorger les asiles parisiens, le Conseil Général de la Seine demanda au Dr Auguste Marie de créer à Dun-sur-Auron, dans le département du Cher, la première colonie familiale française. C'est ainsi qu'en 1892, furent ouverts les premiers placements. Devant le nombre grandissant de demandes, des annexes furent créées dans un rayon pouvant aller jusqu'à 25 kms. Ainay-le-Château accueillit donc, en tant qu'annexe de Dun, ses premiers malades en 1897, pour devenir colonie autonome en 1900. De plus en plus placés dans des fermes, ces malades sont bien accueillis par la population locale.

Dans les années 70, Ainay-le-Château avait une capacité d'accueil de plus de 1200 lits disséminés dans un rayon de 20 kms. Chaque famille pouvait accueillir jusqu'à quatre malades. En dehors du travail d'hébergement et de la surveillance de la prise de médicaments, la tâche de ces familles s'apparentait à du gardiennage, accompagné par des infirmiers surveillants.

Il faudra attendre d'une part la loi du 10 juillet 1989, suivie du décret du 22 juin 1990, et d'autre part l'arrêté du 1er octobre 1990 pour obtenir des outils juridiques et conférer un cadre légal à ce mode de soin.

C'est en janvier 1992, avec l'arrivée d'un nouveau directeur, que débute à Ainay la mise en conformité. Accompagné de soignants référents, il effectue une visite systématique de tous les placements. Des 911 lits visités, seuls 55 reçoivent un agrément immédiat : les conditions d'hébergement et de prise en charge sont conformes. Pour 211 lits, l'agrément est provisoire, les responsables s'engageant à effectuer les améliorations demandées. 95 lits sont fermés en urgence. Les autres lits sont maintenus en fonctionnement pour une période limitée à deux ans.

La campagne d'agrément, commencée en août 1992, a duré trois ans. Ainsi, de 911 places au départ, la capacité en accueil familial thérapeutique est passée à 540 places en 1997. Pour 40% d'entre elles, ces places sont offertes par des familles nouvellement recrutées.

S'appuyant sur les textes, le centre hospitalier d'Ainay conduit sa politique de changement :

- auprès des unités d'accueil, en diminuant la capacité, et en améliorant la qualité tant au niveau matériel qu'au niveau relationnel ;
- auprès des patients, en menant à bien, avec ceux qui peuvent en bénéficier, des projets individuels de sorties, et en accueillant de nouveaux patients porteurs de projets thérapeutiques et pour des durées de séjour déterminées.

Au premier niveau, ce qui semble donc séparer l'hospitalisation classique et l'accueil familial est cette notion d'intérieur et d'extérieur. Or, la vraie différence est bien sûr ailleurs et se situe en terme d'acteurs. Alors qu'en hospitalisation, quelles que soient la composition et l'importance de l'équipe, la relation est duelle : équipe - patient, en accueil familial thérapeutique la partition se joue toujours à trois, chaque partenaire occupant une zone particulière, jouant un rôle qui lui est propre : le patient avec son histoire, son vécu familial, sa pathologie – la famille d'accueil dans sa composition, son environnement socio-géographique, sa manière d'être – l'équipe soignante avec derrière elle l'institution hospitalière, sa culture, son projet, équipe dont un des maillons avancés est l'infirmier.

Différents types de relation vont s'établir :

- entre le patient et l'équipe, une relation de soignant et de soigné dans une prise en charge thérapeutique : relation d'aide, de soutien, encadrement d'activités spécifiques ;
- entre l'équipe et la famille d'accueil, une relation par et pour le patient, qui tourne autour de lui dans un échange d'informations, d'impressions, de ressentis : relation d'aide, d'explication, de soutien ;
- entre le patient et la famille d'accueil, une relation structurante qui s'instaure au quotidien en utilisant l'entourage et le milieu.

Dans cette relation triangulaire, un certain nombre de choses peuvent être programmées, organisées dans le cadre de mise en œuvre du projet thérapeutique, des fonctionnements pressentis, imaginés. Mais une part échappe toujours à l'équipe de ce qui va se jouer entre le patient et la famille d'accueil, pour le patient, et pour la famille d'accueil. Certains éléments parfois, pourront être « récupérés », réinjectés. L'équipe, cependant, pour jouer le jeu de l'accueil familial thérapeutique, doit accepter de se départir d'un certain savoir. Tout en accompagnant, elle doit accepter que des choses se passent, qui la dépassent.

De la proximité et de l'éloignement, ou de la gestion de la bonne distance

L'accueil familial thérapeutique à Ainay-le-Château a un rôle à jouer pour des patients qui ne sont pas de son secteur, mais ce rôle ne peut être celui qu'on lui a fait jouer, qu'il a accepté de jouer pendant très longtemps.

Plusieurs raisons peuvent justifier l'éloignement d'un patient de son secteur d'origine : ce secteur n'offre pas le mode de prise en charge qui répond aux besoins du patient ; il faut rompre provisoirement ou définitivement avec un milieu qui s'avère pathogène ; la proximité, par rapport au lieu d'émergence de la maladie, rend certaines difficultés insurmontables...

L'accueil à Ainay se situe à ce niveau. Sa structure se présente en quelque sorte comme un prestataire de services pour d'autres institutions. Il offre une étape différente dans la trajectoire de soin du patient, une prise en charge spécifique et définie pour un temps précis.

Son originalité est de pouvoir combiner un accueil familial, une immersion affective et sociale avec un soutien thérapeutique et technique. Les fonctions élémentaires de la vie quotidienne, assurées trop souvent dans un même lieu, par les mêmes personnes, sont assurées dans des temps définis, en des lieux différents, par plusieurs personnes. Cette différenciation permet au patient de vivre ces fonctions comme réellement porteuses de sens.

La durée de l'accueil, le plus souvent de six mois à un an, posée à l'avance avec l'équipe d'origine, est proposée pour trois objectifs :

- la poursuite du suivi médical sur le plan somatique et psychiatrique ;
- l'évaluation : par la mise en situation du patient, cet accueil permet de recueillir des éléments pour l'élaboration d'un projet. L'évaluation porte sur le degré d'autonomie, les possibilités d'insertion sociale, les capacités d'intégration dans un réseau affectif de type familial ;
- la stimulation : l'accueil familial est alors associé à une prise en charge stimulante, de type ergothérapeutique, qui impose des éléments contraignants de réalité dans un but structurant.

Ainsi, dès lors qu'il y a projet pour le patient, et que l'accueil relaie un temps donné ce projet, il n'y a pas coupure avec le secteur d'origine. L'accueil familial d'Ainay se trouve inclus dans un réseau de soins coordonnés. Il ne se situe pas en opposition avec l'accueil familial de proximité, mais comme une autre possibilité, un outil de soins supplémentaire, complémentaire.

Les unités d'accueil, par leur nombre, offrent une diversité, diversité des aptitudes des familles, diversité des possibilités d'hébergement, diversité des lieux. Cet éventail de possibilités permet de répondre à des différents types d'indications.

L'éloignement des patients des structures pré-établies à leur usage (cafétéria, annexes, ateliers), cette distance mise avec l'institution, l'absence de concentration demandent et favorisent une plus grande prise en charge des familles et une meilleure intégration.

Pour le recrutement des familles, signifiant généralement l'ouverture de deux places, c'est pratiquement quatre candidatures qui sont examinées en commission de placement. Avant cette commission, chaque famille candidate est rencontrée à domicile par le cadre supérieur de santé et le cadre de la zone concernée, par la directrice des soins et la responsable du service des familles d'accueil, par une assistante sociale, puis dans l'institution par un psychologue et enfin par le psychiatre.

Les familles bénéficient d'une formation qui fait intervenir des personnels soignants et administratifs de l'établissement et deux organismes spécialisés. Sont abordés législation et droit du travail, connaissance de l'institution, économie sociale et familiale. Mais, surtout, la formation aborde la notion de projet thérapeutique. Elle définit la collaboration équipe-famille et situe la démarche d'accueil des patients dans un processus évolutif d'accompagnement et d'autonomisation. Elle s'applique à faire comprendre, entre autres, qu'il faut donner une dimension affective et sécurisante aux relations famille - patient tout en admettant que, si elles le font progresser, il partira vers une nouvelle structure.

La formation, mise en place en janvier 1993, se déroule par petits groupes de douze personnes, mêlant les plus anciennes et les nouvelles recrues. Par demi-journées, elle dure six semaines. Elle est un temps d'expression, un moment d'échanges.

L'ouverture d'unités d'accueil dans les villes et les villages est privilégiée, et l'espace géographique étendu. Les unités se répartissent dans un rayon de cinquante kms autour d'Ainay-le-Château. La fonction d'hébergement, que se contentaient d'exercer auparavant les familles, est dépassée. Elles réalisent dorénavant un accueil et un accompagnement des patients. Leur action se situe sur le plan des gestes et des actes de la vie quotidienne.

Les personnes accueillies ont le statut d'hospitalisé ; elles paient le forfait hospitalier. Vingt-deux infirmiers travaillent sur le service d'accueil familial thérapeutique, organisé en six équipes encadrées, chacune d'elles, par un cadre. Ils sont référents d'environ vingt-trois patients et de douze familles. Les équipes sont responsables de secteurs géographiques donnés, mais fonctionnent en coordination et échanges permanents dans le cadre d'un ensemble animé par deux cadres supérieurs. À cette équipe, en contact direct avec les familles, il faut ajouter le service d'ergothérapie où exercent six infirmiers, une animatrice, un éducateur technique spécialisé et un cadre de santé. Ce service propose trois types d'activités : création, initiation et production. Par demi-journée, soixante patients peuvent participer, en même temps, aux différents ateliers, selon leur projet thérapeutique.

Lorsqu'un patient, pour des raisons psychiatriques ou somatiques, ne peut plus, momentanément, bénéficier d'un accueil en famille, il est admis en unité de soins intra. Les soins prodigués ont alors pour objectif de permettre à ce patient de reprendre le cours de son projet en accueil familial.

Ce qui est thérapeutique dans l'accueil familial, ce n'est ni la famille, ni l'équipe, mais le fonctionnement de l'ensemble. Ainay-le-Château possédait les éléments, mais semblait ne pas pouvoir réaliser la synergie. L'apport de la réglementation fut essentiel. Il permit d'opposer, voire d'imposer des références à un système parfois lourd. Cependant, les textes à eux seuls n'auraient pu suffire s'il n'y avait à l'intérieur de l'institution les différents acteurs : médecins, administratifs, personnels.

L'accueil familial thérapeutique, en général, et à Ainay-le-Château en particulier, est un outil de soins sous-utilisé parce que mal connu. Victime de l'image laissée par son passé, il doit progresser sur le plan de son statut et de sa représentation, de façon à accéder au même niveau de reconnaissance que les autres alternatives dont il est le contemporain.

Voici la situation d'Ainay-le-Château, il y a peu de temps encore. Mais les choses changent vite, et je laisse au Dr Chateaux le soin de vous faire part des dernières évolutions.

DE L'ACCUEIL FAMILIAL THÉRAPEUTIQUE À L'ACCUEIL FAMILIAL MÉDICO-SOCIAL

Viviane CHÂTEAUVIEUX, psychiatre
Centre Hospitalier Spécialisé
Ainay-le-Château (03)

L'accueil familial thérapeutique a été mal utilisé à Ainay. Il faut savoir que les patients sont considérés comme hospitalisés, et donc théoriquement relevant d'un soin psychiatrique. Pour ce qui est du temps médical, jusqu'au mois d'août 2001, il y avait deux psychiatres à plein-temps, plus un autre à un cinquième de temps... pour 430 patients. Actuellement, il n'y a plus qu'un plein temps de psychiatre, plus un cinquième de temps. Alors, parler de soins psychiatriques dans ces conditions pourrait faire sourire si cela n'était pas aussi triste et s'il ne s'agissait pas de personnes en difficultés.

J'ai étudié de près la situation de 140 patients reçus en consultation par le psychiatre au moins une fois par trimestre, et autant que de besoin puisqu'il arrive qu'ils rechutent. Au bout d'un an, avec les infirmiers et les médecins généralistes, nous avons trouvé 50% d'inadéquations partielles, à savoir que les patients ne relèvent plus d'une hospitalisation en psychiatrie. Et environ 30% d'entre eux étaient en situation d'inadéquation totale, à savoir que non seulement ils ne relèvent plus d'une hospitalisation en psychiatrie, mais ils n'en relevaient pas du tout dès le départ. C'est là ce qui subsiste de la colonie familiale, c'est-à-dire qu'on envoyait de Paris des gens dont on ne savait pas quoi faire et qui rencontraient un problème social. Mais, une fois qu'on entrainait à la colonie familiale, on n'en sortait pas ; c'était une fin en soi. Puis, suite à la transformation en hospitalisation psychiatrique, ils sont restés là.

Parmi ces situations d'inadéquation, on trouve 20,7 % de patients qui relèvent du médico-social, c'est-à-dire des personnes qui ne relèvent plus d'une hospitalisation en psychiatrie, mais qui, en revanche, peuvent bénéficier d'un accueil familial pour des raisons sociales et/ou comportementales. Sur l'année, j'ai revu les traitements de patients qui étaient là depuis longtemps et qui avaient d'importantes prescriptions inchangées.

Techniquement, dans l'analyse, j'ai considéré comme stabilisés les patients dont le traitement n'avait pas changé depuis un an. Cela signifie que dans un an, on dépassera les 50% d'inadéquations, c'est-à-dire que davantage de patients pourront et devront bénéficier d'un accueil familial sans être hospitalisés en psychiatrie.

Je place de grands espoirs dans le médico-social, c'est-à-dire dans ce que devraient apporter les nouvelles réglementations : l'article 51 de la loi de modernisation sociale, ses décrets d'application, et le texte sur les nouveaux métiers en santé mentale. Le souhait est de ne pas inventer pas un accueil familial médico-social qui serait un ancien accueil familial thérapeutique à moindre prix. C'est le danger.

Toutefois, le risque majeur reste évidemment la chronicisation. On sait bien que la psychose en génère. Quand les patients sont sortis de l'hôpital psychiatrique, ce fut un progrès : ils étaient chronicisés en asile, ils allaient en famille d'accueil, et c'était très bien. Mais, en accueil familial thérapeutique, la chronicisation est de fait : certains patients sont là depuis quarante ou cinquante ans. Et si on ne les a pas chronicisés, on ne les a pas soignés. Il y a quelque chose qui ne s'est pas passé là.

Le risque serait donc de recréer de la chronicisation dans le médico-social en mettant en place un système moins coûteux, en réduisant les effectifs des équipes, et en oubliant le soin. Dans ce cas, les patients n'auront pas gagné grand-chose.

Tout est à faire, mais peut-être le médico-social permettra-t-il d'avoir une structure plus souple, afin qu'un patient qui a trouvé ses marques dans une famille puisse y rester, à condition qu'on se pose la question et que cela ne devienne pas un système. Il faut que les réponses soient mises en place dans l'intérêt des personnes, au cas par cas.

Chaque patient est unique ; chaque famille est unique.

LA FONCTION DE MÉDIATION EN ACCUEIL FAMILIAL SOCIAL

Anne-Marie BARBEZIER, assistante sociale
Isabelle PAZZELLI, infirmière
Office Médico-Social de Réadaptation
Sassenage (38)

Du premier accueil suivi par l'OMSR à la loi de modernisation sociale réorganisant l'accueil familial social, 33 ans de remises en question multiples se sont écoulés ; le souci étant de préserver une pratique alternative à l'hospitalisation, appui à la réadaptation sociale pour les personnes handicapées psychiques.

L'évolution était inéluctable afin de suivre la mise en place de la législation et les transformations nécessaires du statut des accueillants. Pendant longtemps, l'OMSR a organisé les accueils (il s'agissait alors d'innover avec le soutien des tutelles). Le Conseil Général a proposé de missionner l'association pour suivre des accueils familiaux en conformité avec la loi du 10 juillet 1989. L'adaptation à réaliser était importante car la loi imposait que les accueils s'organisent dorénavant à partir du contrat signé entre accueillant et accueilli et/ou son représentant légal. Le contrat instituait donc les accueils familiaux.

L'ambition de réussir une pratique dont nous connaissons tous l'intérêt pour l'accueilli (prise de repères, intégration, réadaptation sociale) a poussé l'OMSR à redire sa place dans le dispositif. Cette idée s'intègre dans la mission de suivi des accueils et la dépasse : il s'agit pour l'équipe de réaffirmer la fonction de médiation qui est la sienne depuis le départ.

Cette pratique se légitime pour l'association par le double souci de l'accueilli (de son bien-être, de sa possibilité de s'exprimer et à évoluer dans le cadre très particulier de l'accueil familial) et du maintien de l'équilibre de la structure dans l'intérêt de chacun de ses membres.

De quel postulat partons-nous, fondé sur notre analyse ? Nous dirons avec le Dr Oury¹, parlant des règles et des coutumes qui créent la famille, « que ces groupes ne font naturellement que se défendre contre toute intrusion ; d'où l'importance de créer d'emblée une structure ouverte. L'ouverture est corrélative d'une dialectique qui n'est possible que par un facteur tiers, une fonction institutionnelle ».

Notre place de tiers est soutenue par nos compétences professionnelles complémentaires ainsi que par notre expérience dans le champ de la santé mentale qui permet de donner du sens aux comportements et aux paroles. Elle est aussi sous-tendue par l'intégration de l'OMSR dans le champ social qui favorise l'inscription de l'accueil familial dans les alternatives concourant à la réinsertion de la personne handicapée.

Il nous importe plus que jamais, dans une société où l'exclusion fait débat, de revendiquer pour les accueillis l'accès à la parole, à l'expression de leurs besoins, à négocier leur statut et leur dynamique personnelle dans et après l'accueil familial.

Quelle actualité tient encore ce concept de médiation dans les nouvelles codifications de l'accueil familial et la politique actuelle de contractualisation ? Elle ne va pas de soi dans la mission de contrôle des accueils familiaux. L'accueil familial se joue en effet dans une contractualisation dont nous sommes exclus. L'usager est maintenant au cœur de tout dispositif, place qui ne peut qu'être approuvée et soutenue. Mais le contrat s'insère dans un contexte familial privé, avec des règles et des coutumes pré-établies qui peuvent chercher à se protéger

La capacité de l'accueilli à contracter dans ce contexte ne va donc pas de soi. Nous citerons ici J.P. Arveiller et C. Bonnet² : « parler d'insertion et de politique d'insertion signifie que la participation n'est pas ou peu naturelle. Le contrat social n'est réalisable que si l'individu y trouve son compte, s'il y reçoit, à travers le partage des valeurs communes, suffisamment de gratifications pour pouvoir à son tour se sentir membre d'un groupe dont il est prêt à partager les valeurs ». Pour qu'il y ait gratifications, égalité de contractants, il faut créer au préalable cette société ouverte qui acceptera de discuter la place et les besoins de l'accueilli. Notre rôle est d'aider au maintien de ces conditions favorables à sa reprise d'autonomie.

Un accueilli disait, parlant de l'association : « on n'est pas seul, on peut compter sur quelqu'un ; et puis c'est important par rapport à la famille, ça les aide à réfléchir sur moi ».

Pour G. Pineau³, parlant de la pratique de médiation, se lier assez fortement à chacun des deux pôles si différents pour les faire se conforter est une opération difficile, peu reconnue, qui place les services frontières dans une situation permanente de tension. Elle exige l'homogénéité et la cohésion de l'équipe. Il ne s'agit pas d'imposer un modèle ou un projet, mais d'initier une nouvelle politique de transaction en s'appuyant sur des professionnels capables de modifier les relations de proximité dans des situations de tensions, de violence, de conflits.

La fonction de tiers nous est souvent reconnue par des familles inquiètes du handicap psychique, soucieuses de ne pas désorganiser leur équilibre, et qui accordent a priori leur confiance dans le soutien, l'expérience et la connaissance que nous pouvons apporter. Ces familles ont en outre l'ambition de la réussite de l'accueil familial pour la personne handicapée. Nous expliquons notre démarche en préalable à l'accueil, dès les premiers moments, quand se discutent l'agrément et les conditions du suivi. Pour que notre fonction se maintienne, elle impose par contre-coup notre disponibilité, d'où des moyens en temps et en personnel reconnus comme indispensables pour une permanence de la relation.

Il arrive aussi que notre place n'aille pas de soi, soit que nous intervenions dans un accueil déjà en place, soit que notre présence soit jugée trop intrusive dans l'accueil de gré à gré. Et il se peut que l'accueilli se mette à exprimer des besoins d'autonomie trop perturbants pour l'accueillant, qui a réussi à reconstituer son équilibre familial .

La revendication de notre place, dans le souci de l'accueilli, peut alors devenir rapidement un élément de tension. L'équipe doit affirmer la cohérence de sa démarche afin de faire respecter l'esprit du contrat : chaque partie est libre de décider pour elle-même, et cette capacité permet à l'accueilli de penser son évolution sociale. Il est essentiel de compter à ces moments-là sur la cohésion de toute l'équipe et sur la cohésion avec les partenaires (établissements, services, Conseil Général garant de la loi) pour ne pas faire échouer la tentative de médiation portée par le référent. Il peut être aussi nécessaire, lorsque la tension est trop forte, de proposer les locaux de l'association pour créer un terrain de discussion moins identifié.

Les médiations aboutissent lorsque le rapport social sort de la dualité pour aller vers des relations multiples. Plus que jamais, pour des personnes aussi stigmatisées que le sont les handicapés psychiques, l'ambition est de reconstruire du lien social autour d'elles, d'aider à leur restauration personnelle et à leur reconnaissance.

Cette reconnaissance s'opère à l'intérieur d'un environnement qui est celui de l'accueillant. C'est dans cet environnement que l'accueilli met en place ses conditions de vie, négocie son statut, impose son identité. L'accueillant devient à son tour homme ou femme « frontière » pour aider la personne handicapée à la réalisation de son projet. C'est certainement dans ce statut que se joue pleinement sa reconnaissance de professionnel engagé socialement.

Félix Guattari⁴ envisageait la dynamique sociale comme la capacité des personnes à devenir à la fois de plus en plus solidaires et de plus en plus différentes.

Le présent texte, porté et défendu par notre histoire et notre analyse, se veut aussi interpellation. Serons-nous un jour légitimés dans notre pratique par une reconnaissance réglementaire? Pourrons-nous conserver les moyens acquis lorsque l'accueil familial n'était encore qu'une alternative hospitalière et un outil de réintégration de la personne handicapée dans la vie sociale? Notre place de tiers est sollicitée par la plupart des accueillants avec lesquels nous collaborons; nous croyons qu'elle les aide à reconnaître leur rôle de professionnels en tant que soutien d'une population particulièrement exclue socialement, à s'engager dans la formation, à rechercher une meilleure cohérence dans les accueils qu'ils pratiquent.

Il y a ici mise en rapport de systèmes de ressources, rassemblement de compétences, création d'espaces ouverts dans lesquels nous pourrions effectivement faire vivre et défendre le projet de l'accueilli. Le dispositif original de l'accueil familial permet de lui accorder le temps nécessaire et très personnel à cette élaboration.

1 - J.F. Oury, préface de « Les placements familiaux thérapeutiques », P. Sans, Fleurus, 1987

2 - J.P. Arveillier et C. Bonnet, « L'insertion du malade mental », Erès, 1994

3 - G. Pineau, « Les combats aux frontières des organisations », Sciences et Culture, Montréal, 1983

4 - F. Guattari, « Réseau alternatif à la psychiatrie », Collectif International, 10/18, 1977

L'ACCUEIL FAMILIAL, QUELLE PERTINENCE POUR DES PERSONNES SORTANT DE DÉTENTION ?

Philippe RONGÈRE, directeur
C.H.R.S. L'Étape
Nantes (44)

Il s'agit d'un dispositif particulier dans le champ social, à savoir un réseau d'accueil pour personnes sous main de justice, dans le cadre des mesures pré ou post sentencielles. À notre connaissance, il existe très peu d'expériences de ce genre, hormis les réseaux de prise en charge pour toxicomanes et un réseau d'accueil en familles pour personnes atteintes du VIH, à Rennes, géré par AIDES .

L'aventure commence en 1986 avec l'expérience de l'association Prison Justice 44 : des professionnels de la justice, de la prison et des bénévoles lancent les premiers accueils avec cinq ou six familles. Les professionnels travaillant en détention ou au comité de probation s'occupaient des trajets, et faisaient quelques points au téléphone durant les accueils. Cette formule se prolongea jusqu'en 1991. Mais les familles d'accueil regrettaient de ne pas avoir plus de soutien, et les « bénévoles professionnels » ne pouvaient assumer plus d'actions auprès des familles et des hébergés. Le constat commun visait donc à la professionnalisation du dispositif.

C'est tout naturellement que l'association Prison Justice 44 se tourna alors vers l'Étape. En effet, le C.H.R.S. accueillait depuis longtemps des personnes sortant de détention. Certaines d'entre elles bénéficiaient d'ailleurs d'un séjour en famille avant l'arrivée dans la structure. En fait, nous faisons partie du même réseau. Aussi, à partir de 1993, les deux associations ont travaillé ensemble afin de relancer ce dispositif d'accueil : partenariat, financements, rédaction du projet. Deux années de travail ont abouti à l'embauche d'un professionnel en novembre 1995, et le premier accueil dans cette nouvelle formule s'est déroulé en janvier 1996.

L'idée originale est donc bien issue de l'association Prison Justice 44.

Ce dispositif d'accueil est construit sur le constat que la sortie de détention est une rupture entre deux mondes : d'un côté, la soumission à un traitement collectif des personnes dans le cadre d'une institution totale comme l'institution pénitentiaire, et de l'autre, la vie libre avec le discours social dominant qui parle d'autonomie, d'indépendance, de prise d'initiatives, de projet.

Cette rupture est pleine de dangers de récurrence si elle n'est pas accompagnée. Durant ce passage obligé entre deux mondes qu'il soit accompagné ou pas, les personnes doivent réapprendre des gestes quotidiens, des habiletés sociales perdues et se défaire des habitudes acquises en détention : occupation de l'espace, du temps, habitudes relationnelles.

Par ailleurs, les accueils en fin de peine dans le cadre de nos appartements individuels ne proposaient pas un cadre suffisamment aidant pour assumer cette rupture.

Les trois acteurs principaux du dispositif sont :

- l'acteur hébergé qui fait une demande auprès du service. Après des rencontres d'évaluation et une mise en relation, un accueil peut être mis en place. Pour mémoire, les sorties en permission se font dans le cadre du Code de procédure pénale et les aménagements de peine sont décidés par les magistrats de l'application des peines, avec des expertises psychiatriques avant permissions, des permissions refusées ou ajournées, des pointages au commissariat ou à la gendarmerie pendant les séjours...

- les acteurs familles d'accueil sont engagés socialement depuis longtemps : syndicats, actions de solidarité, visiteurs de prison, mandats locaux, investissements associatifs...

- l'acteur institution est donc L'Étape, importante association nantaise qui gère 4 établissements. Son C.H.R.S., avec 30 salariés, développe un hébergement d'urgence pour couples et familles, des séjours longs dans 60 appartements dispersés dans l'agglomération, un dispositif de sous-location de logements, et bien sûr, le réseau d'accueil en familles. Entre 150 et 200 adultes et enfants sont hébergés quotidiennement dans les divers dispositifs.

La pertinence du dispositif réside, à notre sens, dans l'implication de la société civile : les familles qui signifient par leur engagement que le retour à la vie libre est possible. Le séjour est aussi un lieu de confrontation entre famille, personne hébergée et travailleurs sociaux.

C'est dans cette confrontation que s'élaborent et s'affinent les projets personnels. Les acteurs ne sont pas toujours ensemble, en interaction en même temps. Il y a des espaces de relations entre famille et hébergé, entre hébergé et travailleurs sociaux, entre travailleurs sociaux et famille. C'est la synthèse de toutes ces interactions qui produit un cadre, une aide.

Nous souhaitons que ces rencontres s'établissent le plus possible sur un plan d'égalité entre les trois acteurs qui sont tous majeurs et libres de leur engagement. C'est pourquoi nous rencontrons régulièrement les familles pour confronter nos points de vue. Depuis début 2003, nous travaillons à des temps de regroupement entre familles, hébergés et salariés du C.H.R.S.

Pour le montage administratif, nous nous sommes inspirés des réseaux d'accueil pour toxicomanes qui sont encadrés par un texte de juillet 1992. Ce texte prévoit, entre autres, un règlement intérieur du réseau et des contrats de séjour, éléments qui sont d'ailleurs repris dans la loi de janvier 2002.

En 1995, l'association déposait un dossier en Commission Régionale d'Organisation Sanitaire et Sociale afin d'intégrer le dispositif aux moyens habituels du C.H.R.S. pour permettre un financement par l'État au titre de l'aide sociale en matière d'hébergement. Cette demande s'appuyait sur une circulaire de 1976 qui stipule que « l'accueil et l'hébergement en C.H.R.S. peuvent également être assurés dans des familles liées au Centre par voie de convention ».

Ce financement au titre de l'aide sociale s'est progressivement mis en place.

Tout d'abord prévu pour toute personne sous main de justice, ce dispositif d'accueil a très rapidement été utilisé par les magistrats pour mettre en place des permissions dans un cadre « sécurisé ». Nous sommes donc en contact avec des personnes qui ont vécu de longues périodes de détention (plus de 5 ans en général), qui n'ont pas eu de permissions de sortie, et qui souffrent de problématiques psychologiques importantes. Ceci s'est notamment traduit par une augmentation du volume de travail d'évaluation des travailleurs sociaux.

Les séjours sont mis en place pour des temps de permission, mais aussi après la libération quand les personnes sont dans leur logement, ou sont prises en charge par le C.H.R.S. en appartement ou dans toute autre structure médico-sociale ou d'hébergement.

LA SUPERVISION DE FAMILLES D'ACCUEIL

Chantal RADIGUET, psychothérapeute
Paris

Il y a cinq ans, le département d'accueil familial m'a demandé, en tant qu'intervenante extérieure au centre hospitalier Paul Guiraud de Villejuif, d'effectuer la supervision des accueillantes familiales. Jusqu'alors, des réunions organisées autour d'un thème étaient animées par des psychologues appartenant à certaines équipes médicales de l'hôpital.

Ce positionnement extérieur fut énoncé comme la clé de voûte du fonctionnement du groupe et impliquait qu'aucun lien ne devait exister entre les équipes médicales, le département d'accueil familial et moi-même.

En mettant en place ce dispositif, à savoir un groupe totalement autonome et en même temps complémentaire du travail réalisé par les structures hospitalières, le département d'accueil familial proposait aux familles un lieu où une parole pourrait librement s'énoncer. Très rapidement, cette règle fondamentale d'indépendance fut vécue comme bénéfique, protectrice et fort rassurante par les familles.

Au fil du temps, la parole des familles d'accueil a évolué ; leurs demandes et leurs attentes se sont modifiées. Si elles venaient essentiellement pour parler de leur patient et pour obtenir des « recettes » (le patient occupant alors le devant de la scène), progressivement elles se risquèrent à exprimer les différentes facettes de leur vécu face au patient et à l'équipe médicale. Le groupe de supervision ne fut plus simplement « un outil nécessaire pour rester professionnel et être moins seul » mais un espace indispensable à leur bien-être psychologique, un temps de respiration et de plaisir : « c'est un moment qui nous donne le droit de souffler, de nous détendre, de nous absenter de nos patients, tout en réfléchissant à notre métier pour mieux l'exercer ».

La création de ce groupe fut vécue par les familles comme une marque de reconnaissance. Elles eurent alors le sentiment d'exister, d'être prises en considération, d'avoir de l'importance puisque « l'hôpital payait quelqu'un » pour elles. Cet acte les valorisa et modifia la perception que certaines familles avaient d'elles-mêmes.

DÉFINITION ET COMPOSITION DU GROUPE

Constitué de familles nouvelles ou expérimentées, animé par une psychothérapeute, le groupe de supervision est un lieu de paroles, d'écoute, d'échanges entre les familles, un temps de prise de conscience, un espace où la pensée circule et s'élabore. Bien évidemment, le déroulement du groupe s'organise autour de la règle de la confidentialité. Très ponctuellement, il peut aussi être un lieu d'informations d'ordre pédagogique sur la maladie mentale et sa complexité.

Généralement, les familles d'accueil sont des femmes qui appartiennent à différentes origines sociales, culturelles et religieuses. Il arrive que des hommes viennent au groupe soit parce qu'ils sont les accueillants, soit parce qu'ils sont des conjoints investis dans la prise en charge. De temps en temps, le groupe accueille les membres de la famille : adolescents, jeunes adultes, belles-filles... Chacun fait part de son ressenti lié à la venue du patient, des effets suscités par cette arrivée pour lui et pour l'entourage, de sa relation établie ou non avec lui. Ces personnes proposent un autre regard sur l'insertion du patient dans la famille et nomment autrement les perturbations survenues dans le fonctionnement familial en raison de la présence quotidienne d'un étranger.

Enfin, le groupe s'inscrit dans une régularité tant au niveau du rythme mensuel des réunions que de la participation des familles ; plusieurs familles sont là depuis le début.

FONCTION DU GROUPE

Lors de leur première prise en charge, la majorité des familles ignore ce qu'est l'univers de la maladie mentale, et surtout celui de la psychose. Souvent motivées par un désir d'être utiles, de donner du sens à leur vie, d'être chez soi pour élever les enfants, de compléter un salaire, ou de façon moins manifeste par un fantasme de réparation ou un besoin de comblement, elles ne mesurent pas vraiment l'importance de l'investissement, ni les difficultés qu'elles vont rencontrer en s'engageant dans cette profession. Avec la venue du patient, elles découvrent subitement un monde étrange, « bizarre », bien différent du leur, qui les désoriente, les bouscule et leur échappe. Elles utilisent parfois le terme « d'extra-terrestre » pour qualifier le patient et son monde, et traduire leur sentiment d'étrangeté face à lui.

De cette rencontre avec l'inconnu surgissent de nombreuses incompréhensions et maladresses, de multiples agacements et appréhensions, des conflits relationnels, des ressentis émotionnels et affectifs divers. Tout cela s'énonce dans le groupe, qui par le cadre qu'il propose, devient une instance contenant. Avec mon aide en tant que thérapeute, les familles apprennent à interroger ce qui se joue avec le patient pour progressivement donner du sens, l'entendre autrement, changer leur perception d'une situation, modifier une attitude et leur relation à l'autre, accéder à davantage d'autonomie de penser et de faire.

Le groupe, lieu du questionnement, permet de construire une réflexion et une élaboration des situations, en gardant la dimension professionnelle. Par le travail qui s'y réalise, il a une fonction d'étayage, d'ancrage, de repère structurant et rassurant ; elles savent, lors d'une difficulté, qu'il existe un lieu où elles pourront en parler. Il est aussi un espace relationnel et social où les familles se rencontrent, se respectent, vivent leurs différences, partagent leurs expériences et leurs émotions, tissent des liens qui parfois se poursuivent à l'extérieur. Il donne la possibilité aux familles de sortir de leur solitude et de leur isolement, et se révèle un lieu où, entre pairs, les familles se reconnaissent.

Enfin, de par son positionnement, le groupe a une fonction de tiers, entre les accueillantes et l'hôpital d'une part, le patient d'autre part. Tiers extérieur, il fonctionne différemment du tiers que sont les équipes médicales dans la relation famille-patient, et donne accès à un autre dire.

RÔLES ET EFFETS DU GROUPE

Le groupe est un outil que les familles vont s'approprier au fur et à mesure que la confiance et l'empathie s'installent et que le questionnement se déploie. De morcelé au départ, il devient une entité jouant différents rôles selon les besoins, les demandes et les attentes : par exemple, celui d'initiateur, de réceptacle, de modérateur, de miroir, de conseil et d'aide, d'appui, de référence, de protection et de sécurisation...

Les échanges et interrogations s'orientent essentiellement autour de trois axes : le patient, ses comportements, sa symptomatologie d'une part ; la famille d'accueil, son rôle, sa place, sa relation avec le patient, les diverses facettes de son vécu d'autre part ; et enfin les relations avec l'hôpital et plus particulièrement avec les équipes médicales.

Au fil du temps, une évolution s'est produite dans « l'adresse de la parole ». Initialement, les familles ne destinaient leurs propos qu'à moi en tant que thérapeute, en tant que « celle qui savait » et non aux autres familles, ce qui m'amena à engager des dialogues entre elles. Par la suite, mon rôle devint plus discret. Dorénavant, leur demande à mon égard est de les rassurer quant au bien-fondé de leurs pensées et réflexions, de les aider à garder un certain équilibre psychique, et de garantir une qualité professionnelle. Un tel niveau d'expression ne me semble pas indépendant de ma place d'intervenant extérieur : non associée à une instance de censeur, à la différence des équipes médicales qui le sont toujours un peu, je ne suis pas perçue comme menaçante ou dangereuse pour elles.

1. Dans l'accompagnement du patient

Les familles relatent les événements du quotidien vécus avec leur patient, les difficultés auxquelles elles se heurtent (problèmes d'hygiène et d'alimentation, troubles corporels, troubles spatiaux et mnésiques, voix et hallucinations, passivité ou refus du patient, absence d'autonomie, agressivité, vides relationnels, argent, cigarettes, alcool...) et, bien sûr, les interactions et les situations conflictuelles. Elles abordent également leurs incapacités ou leur ambivalence à poser des limites, à énoncer un « non » : « il est malade » ou « même dans la vie, je ne sais pas dire non » car, pour elles, cela est synonyme de contrainte, d'empêchement et non pas un élément qui structure et sécurise.

La question fondamentale de la différence entre « accompagner » et « éduquer » se pose souvent. Pour certaines familles, prendre en charge un patient, c'est le normaliser, le rendre conforme, le faire à leur image. Pour d'autres, il s'agit davantage d'inscrire le patient, reconnu souffrant et différent, dans une dynamique d'évolution ; ainsi, le respect de certaines règles pour vivre au sein de la famille sera-t-il appréhendé avec plus de souplesse.

Progressivement, elles verbalisent ce qu'elles ont perçu et compris, ou pas, du comportement du patient, de ses angoisses, de ses régressions, de ses symptômes ; comment elles ont réagi dans la relation avec lui, quelles solutions elles ont tenté d'apporter...

Toutes les questions concernant l'accompagnement du patient, les « que comprendre ? », « quel sens donner ? », « comment faire ? », « quelle attitude adopter ? », sont abordées dans le groupe. Chaque famille fait part de son expérience, de sa vision de la situation, de la manière dont elle a solutionné un problème similaire. Grâce à cette écoute attentive et aux échanges, la famille trouve ses propres solutions en tenant compte et du patient et d'elle-même.

Les mots clés qui caractérisent le travail sont le recadrage et la distanciation. Il s'agit en effet de faire sans cesse la différence entre le fonctionnement psychotique des patients et celui plus névrotique des familles, d'interroger certaines formulations comme « il n'y a qu'à », « s'il voulait, il pourrait faire un effort », « il est radin », « il se fiche de moi », d'analyser les projections de chacun, de repérer les demandes et les attentes plus ou moins conscientes des familles vis-à-vis de leur patient, et d'identifier les dérapages relationnels et affectifs.

Du fait de la présence de pairs respectueux les uns des autres, et de la position du groupe en tant que tiers entre la famille et le patient, une remise en question des familles peut se réaliser sans qu'elle soit vécue comme blessante ou violente, car elles en perçoivent essentiellement la dimension d'aide et de soutien.

2. Sur le vécu des familles d'accueil

Au fur et à mesure que la parole s'approfondit, les familles disent combien ce métier les met à l'épreuve, combien les fluctuations émotionnelles et affectives qu'elles vivent dans la relation avec le patient les font souffrir et souvent même les entament ; des expressions comme « je n'en peux plus », « je craque », « je suis complètement déprimée », ne sont pas rares.

Ces fluctuations sont étroitement liées à certaines phases de l'accompagnement et à ce qui s'y joue. Par exemple : la phase de la lune de miel suivie de déceptions amères ; le plaisir et la joie dus à la satisfaction d'un mieux-être du patient ou d'acquisitions diverses, transformés en tristesse et désillusion face aux limites imposées par la maladie ; les attentes et les espoirs de la famille envers le patient, barrés par la perpétuelle et lassante répétition ; les moments tranquilles « sans histoire » interrompus par un raptus suicidaire ou par des moments de crises où la peur et l'angoisse surgissent face à la violence psychique et/ou physique du patient lorsque la famille éprouve de l'effroi face au « regard fou » du patient qui fait naître des fantasmes de meurtre dont elle a honte et se sent coupable ; un climat relationnel paisible suivi d'extrêmes tensions qui font dire à la famille qu'elle se sent « otage du patient et de sa maladie », que la relation qui existe entre eux est une relation de « chat et de souris ».

Bien sûr, il y a des phases d'harmonie et de sérénité : « tout va bien, j'ai de la chance d'avoir cette patiente ; je ne voudrais pas en changer » ; « ça fait plaisir de le voir évoluer et sourire, je me sens récompensée » ; « c'est dur, je me suis vraiment donné du mal mais je suis contente, et même un peu fière de ce que j'ai fait avec cette patiente, on a réalisé le projet thérapeutique »... Ces temps de calme et de satisfaction apaisent la famille, la valorisent, la restaurent psychiquement car elle « y croit de nouveau » et elle se sent utile.

Un autre aspect à considérer est la somatisation : des troubles du sommeil (les familles dorment moins bien, et moins profondément), une certaine fatigue, des douleurs dorsales, des problèmes de tension, une nervosité associée au fait « d'être sans cesse sur le qui-vive ».

À l'occasion de l'arrêt d'une prise en charge ou de vacances, elles réalisent le climat de tension dans lequel elles vivent en permanence, sans s'en rendre vraiment compte. Un tel constat les amène à s'interroger : « Pourquoi faire un tel métier ? Pourquoi s'obliger à faire des choses si pénibles, si éprouvantes ? Sommes-nous si masochiques ? »

Un contre-point s'énonce par le biais de l'enrichissement humain et de leur mode relationnel, de leur plaisir et de leur curiosité à apprendre et à découvrir les facettes du fonctionnement psychique, de leur joie à apporter un peu de bonheur au patient et de le faire évoluer même à minima, et aussi, pour certaines d'entre elles, d'avoir un salaire.

LE GROUPE, LIEU D'ÉLABORATION

Au regard de ces vécus et des effets relationnels patient-famille, le groupe se révèle indispensable. Les familles formulent leur besoin d'un tel lieu perçu comme « soupape de sécurité pour ne pas disjoncter » à leur tour ; où elles peuvent « se décharger d'un poids », « déverser » leurs griefs, dire leurs blessures, leurs frustrations, leur sentiment d'impuissance, clamer l'insupportable qu'elles vivent parfois, exprimer ce dont elles ont honte et que longtemps elles ont tu.

Dans un moment de crise ou d'extrême tension, les familles vont, en questionnant la famille en souffrance, tenter de mettre à jour les malentendus ou les effets en chaîne qui circulent entre patient et famille, de désenkyster les éléments conflictuels, en considérant d'une part la souffrance et les réactions de la famille, et d'autre part, l'angoisse et le comportement du patient.

Par la reconnaissance des effets que chacun fait à l'autre, et par l'élaboration des interactions, la famille va se dégager d'un certain regard sur le patient, prendre conscience de ce qu'elle a pu induire, et retrouver son rôle en quittant des attitudes défensives ou offensives qui figeaient le travail et alimentaient le processus de crise ; elle sort d'un vécu souvent persécutif.

Grâce à cet accueil de la souffrance de la famille et à la réflexion qui se développe dans le groupe, une dédramatisation et une déculpabilisation s'opèrent ; la famille reprend confiance et peut appréhender la situation avec plus de légèreté.

Autres aspects essentiels et bénéfiques du travail en groupe : les effets de la parole sur les familles entre elles, les transferts horizontaux, des identifications qui favorisent des évolutions. Ainsi les familles qui fonctionnent sur un mode rigide, qui veulent généralement « éduquer le patient pour son bien », découvrent progressivement d'autres façons de le percevoir, d'être en relation avec lui, de se comporter face à lui, et de vivre sa symptomatologie. Elles vont peu à peu apprendre à faire vivre les différences, à composer avec et non plus à chercher à les annuler, voire à les nier. Le partage des expériences agréables et désagréables permet de relativiser plus facilement la dimension pénible d'une situation : « finalement quand j'entends les autres, je trouve que mon patient est plutôt facile, ce que je ne pensais pas jusqu'alors ».

Enfin, la dimension du plaisir inscrit le groupe dans une dynamique de vie ; les familles aiment à se retrouver pour parler ensemble, suivent l'évolution de chaque patient et de chaque famille, partagent leur désir de découvrir et de se découvrir entre elles.

LE GROUPE ET LES ÉQUIPES MÉDICALES

La perception et le vécu d'une collaboration famille d'accueil-équipe médicale varient selon le secteur. Certaines familles se sentent reconnues et sécurisées par une équipe toujours là pour écouter et soutenir. Pour d'autres, malentendu, désaccord et déception sont au premier plan.

Elles ont le sentiment de ne pas être entendues, ni prises en considération : « les équipes se moquent de nous, on voit bien qu'elles ne vivent pas avec eux au quotidien », d'être des « pions dont l'équipe et l'hôpital disposent ». Elles se sentent très seules face au patient et aux responsabilités engagées, mises dans des situations difficiles compte tenu du manque d'informations sur des patients très « limites » que l'équipe leur confie.

Certaines de ces familles, pour qualifier leur relation avec l'équipe, vont utiliser les mêmes termes que ceux employés à l'égard du patient, à savoir une relation de « chat qui joue avec la souris » ; là encore, elles se vivent en place de souris.

Le travail du groupe va donc être d'analyser et de recadrer la relation famille-équipe médicale, de poser les limites de l'intervention et du rôle des équipes, de cerner les attentes et les demandes des familles vis-à-vis de leur équipe, d'élaborer les frustrations et les déceptions. En identifiant et en nommant les termes du conflit, la famille se trouve plus à même de renouer un dialogue avec sa propre équipe et d'être entendue : les familles sont souvent surprises par les effets positifs de leur mise en mots sur la résolution du problème avec leur équipe médicale.

CONCLUSION

Il est évident que le métier de famille d'accueil se révèle difficile et fort complexe, qu'il fragilise et remet profondément en question les familles et leur entourage ; il les touche émotionnellement et affectivement. Pour que ces familles puissent rester à leur place et dans leur rôle de professionnels, pour éviter ou atténuer des dérapages surtout d'ordre affectif, pour qu'elles vivent leur travail avec plus de sérénité et de légèreté, un lieu de paroles et de réflexion tel que le groupe de supervision est indispensable. Davantage qu'un outil d'élaboration, complémentaire au travail réalisé par les équipes médicales, le groupe est un lieu qui les valorise, les renarcissise, et leur donne la reconnaissance qu'elles recherchent et dont elles ont besoin.

De plus, ce positionnement d'un groupe indépendant et d'un thérapeute extérieur à l'hôpital permet non seulement une parole plus vraie, une analyse plus précise et plus profonde des situations, mais aussi renforce le rôle structurant du tiers, et dans la construction subjective de chacun et dans la relation à l'autre. Ce tiers extérieur s'avère d'autant plus nécessaire qu'apparaît, à travers les propos des familles, une tendance à l'évincer, à ne pas en saisir profondément le sens, d'où la présence d'une certaine aliénation et emprise en toile de fond dans l'accompagnement et dans la relation avec le patient.

Ce constat amène les questions suivantes : d'où vient cette répétition de l'aliénation et de l'emprise ? Est-ce le patient qui, par son fonctionnement, induit cela, petit à petit, chez la famille d'accueil ? Ou le patient n'est-il que le révélateur d'un mode de fonctionnement latent chez la famille d'accueil ? Pour l'instant, il n'est pas possible de répondre.

L'ACCUEIL EN FAMILLE, OU COMMENT RECRÉER DU LIEN

Jean-Louis GILLES, président UNAFAM
Union Nle des Amis et Familles de Malades psychiques
Marne

L'expérience des familles gouvernantes est née en 1992 dans la Marne, à l'initiative de l'Union Départementale des Associations Familiales. Celle-ci, la plus importante association tutélaire du département, avait découvert que beaucoup de personnes sous tutelle n'étaient pas hébergées. Elles étaient dans la rue et retournaient à l'hôpital, ou bien elles passaient par le foyer de post-cure et retournaient aussi à l'hôpital. L'UDAF a donc imaginé faire accueillir par des familles au chômage, dans une zone franche, des psychotiques, des gens atteints de névroses, des alcooliques mais aussi des gens déstructurés et asociaux qui n'avaient plus ou peu de liens avec leur famille. L'objectif était de recréer des liens et du lien, d'éviter que les personnes retournent en milieu hospitalier, aux urgences psychiatriques, mais aussi d'aider des familles usées à être un peu libérées.

Une personne seule, homme ou femme, ou un couple, sans travail, sont recrutés comme familles gouvernantes sur la base de leurs compétences d'écoute et après avoir reçu une formation délivrée par l'Union Départementale des Associations Familiales, le Comité Régional d'Éducation pour la Santé et le Centre Hospitalier Universitaire. Elles sont devenues de véritables professionnelles.

La famille occupe un logement, et trois ou quatre accueillis habitent le logement du-dessus, du-dessous ou à côté. Le travail de la famille, hormis la préparation des repas et l'entretien du linge, consiste en une présence rassurante et permanente, un partage des activités et des loisirs. Elle n'est pas là pour tout faire, mais pour stimuler, pour faire avec.

Aujourd'hui, trente-cinq personnes sont salariées dans ce service et cent vingt personnes sont accueillies. Les familles sont rémunérées mille trois cents euros par mois grâce à la mise en commun de l'AAH et de l'ACTP des accueillis. Au moment du passage aux trente-cinq heures, le Conseil Général a ajouté un poste d'auxiliaire pour faire le lien et permettre aux familles gouvernantes de se libérer. Ces familles dépendent de la convention collective des employés de maison, et chaque accueilli est employeur.

Ne cherchez pas dans les textes législatifs, cela n'existe pas.

Le but de l'accueil est bien entendu de fournir un véritable travail aux familles. Pour les accueillis, il s'agit de redonner du sens à leur vie, de (re)découvrir ce qu'est une famille, de recréer des liens, d'être reconnu, d'être citoyen.

Cette prise en charge par des familles gouvernantes n'exclut pas des chutes et rechutes, mais chacun le sait. Les progrès des accueillis vers l'autonomie sont sensibles même s'ils sont lents.

Les bailleurs sociaux sont plutôt défavorables à l'accueil de personnes en difficultés psychiques dues à la maladie. Avec cette formule, ils ont une tranquillité. Quant aux voisins, ils ont saisi la démarche et sont eux aussi... accueillants. Les acteurs de la cité, les élus, les travailleurs sociaux, les tuteurs sont assurés d'une prise en charge sociale. Sur le plan des soins, un psychiatre libéral intervient dans le service.

Mais il s'est avéré difficile de travailler avec le secteur psychiatrique qui ne dépassait pas le clivage entre sanitaire et social... Ce fut donc le rôle de l'UNAFAM d'établir des passerelles entre l'UDAF et le secteur. Ainsi, aujourd'hui, des familles accompagnent les personnes qu'elles accueillent au CMP, voire au CATTP.

Nous souhaitons un travail en amont et en aval avec les secteurs. Le social ne remplacera jamais les soins, et les soins ne feront jamais du social. Ainsi, les familles gouvernantes ne peuvent pas être en dehors de ce qui se réalise, se dessine ou se décide dans les secteurs psychiatriques, comme les secteurs psychiatriques ne peuvent pas être en dehors de ce qui se dessine et se décide dans la cité. Chacun doit rester à sa place et remplir sa mission, mais il est nécessaire de faire exister un véritable partenariat, un véritable travail en réseau.

On a beaucoup parlé, à un moment, de cohésion sociale. Le métier qu'exercent ces familles n'existe pas. Alors, la cohésion sociale repose d'abord sur la capacité à organiser cette cohésion et à personnaliser les liens car le droit, s'il peut favoriser le lien, ne le crée pas.

MUTATION DE LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE VERS LE CHAMP DE LA SANTÉ MENTALE

Jean-Luc ROELANDT, psychiatre
E.P.S.M. Lille-Métropole
Armentières (59)

L'évolution, c'est un grand service public territorial de psychiatrie où l'hôpital aura une part moins importante que ce qui va se passer sur le territoire. C'est le sens des rapports que Éric Piel et moi-même avons rendus. Pour le moment, le Plan Santé Mentale n'est ni remis en cause, ni approuvé. Pour sa mise en place, à l'époque, le cabinet de Bernard Kouchner m'avait confié une deuxième mission afin de préciser la place des usagers dans le champ de la santé mentale et le rôle des réseaux, que j'ai traduit par place du partenariat.

L'émergence de la « démocratie sanitaire », terme Kouchnérien, ça veut dire qu'on pourrait imaginer que notre système de santé, comme notre société dans son ensemble, fonctionne sur un mode démocratique. On sait bien que cela n'est pas toujours vrai, et qu'on a d'énormes efforts à faire pour améliorer le système en faisant participer les usagers. On aurait pu dire que les élus locaux qui font partie du conseil d'administration des hôpitaux suffisent. Mais, depuis vingt ans, à l'EPSM Lille-Métropole, Établissement Public de Santé Mentale, un élu vient et les autres non. On a un mal fou à les faire participer à la gestion démocratique du système de santé. Cela changera si un jour le système de santé relève directement des impôts et non plus de la sécurité sociale. À ce moment-là, les élus locaux vont se sentir un peu plus concernés.

La loi du 4 mars 2002 va bouleverser tout le champ de la santé, et par conséquent celui de la santé mentale, en mettant l'utilisateur du système de soins dans un rôle d'acteur de ses soins et non plus de spectateur passif. C'est la contractualisation qui est en jeu, avec accès direct au dossier médical. Plus de dossiers secrets. Tout appartient au patient, même les notes personnelles du médecin. Ceci va modifier les dossiers parallèles et accessoires, l'homme morcelé, et entraîner une transparence. Par exemple, la lettre remise au patient lui permet de savoir de quoi il souffre, le traitement proposé qui sera renégocié avec le médecin traitant. C'est l'ébauche du réseau. Pour faire du réseau, il ne faut pas attendre qu'il y ait des grands textes qui modifient les lois et les orientations, il suffit de commencer par des choses aussi simples que celles-là.

Tout va se passer au niveau du généraliste, qu'il s'agisse d'un trouble psychique un jour, et d'une dermatose le lendemain. D'ailleurs, quand quelqu'un a un problème de santé mentale, dans 80 ou 85% des cas, il en parle à son médecin traitant. Le psychiatre arrive en deuxième.

La philosophie de l'OMS est de dire partout dans le monde que les problèmes de psychiatrie doivent être reconnus. Ils touchent quatre cents millions de personnes, avec une inflation des troubles anxieux et dépressifs dans le monde entier, même dans les pays les plus pauvres. Chez nous, l'anxio-dépression est la première cause d'invalidité. Le problème dans le monde, c'est évidemment que la psychiatrie arrive en dernière roue du chariot, qu'elle n'est pas reconnue, qu'il n'y a pas de plan de santé mentale, pas d'organisation ni de politique de santé mentale, et qu'en plus, les droits des patients sont bafoués ou ne sont pas pris en compte. Il y a des pays où il n'y a ni psychiatres, ni infirmiers. Ici, nous avons accès à des traitements quasiment sans troubles secondaires ; les pays pauvres en sont encore à administrer en première intention de l'haldol et du nozinan. C'est comme pour le SIDA pour lequel les pays pauvres utilisent l'AZT alors que nous avons les tri-thérapies.

C'est un problème éthique mondial. Pour la santé mentale, il faut faire reconnaître le fardeau considérable que sont pour les sociétés la souffrance individuelle, familiale et sociale, et les troubles mentaux, deuxième cause d'invalidation dans le monde. Évidemment, on ne meurt pas de trouble mental, le suicide n'est pas obligatoirement considéré comme un trouble mental, et ce n'est pas énorme par rapport aux accidents cardio-vasculaires.

Un rapport officiel de l'OMS explique comment mettre en place une politique de santé mentale communautaire : les cent quatre-vingt-sept pays qui y adhèrent ont pris position pour la fermeture des grosses concentrations asilaires, alors que 97% des moyens sont attribués à l'hôpital psychiatrique et sachant la iatrogénie décrite depuis cent cinquante ans. L'OMS a donc réagi contre cette organisation de soins.

En fait, le système a évolué par l'extérieur, parce que les usagers se sont mobilisés. On a été aspiré par des lois générales, par des lois de territoire. La première loi à ouvrir une brèche dans le tout asilaire est celle qui fait que les tutelles et curatelles ne sont plus gérées par l'hôpital psychiatrique mais par des associations. La deuxième, c'est la loi de 1975.

À Armentières, les neuroleptiques sont arrivés en 1953, époque où il y avait 1000 lits. Le pavillon des « furieux » est devenu le pavillon des « baveux » du jour au lendemain. Mais les gens ne sont pas sortis puisqu'en 1978, il y avait 2550 lits. En France, il y avait 80 000 lits dans les hôpitaux dans les années 1950-1960, et 175 000 en 1978.

Les neuroleptiques n'ont strictement rien changé. Ce qui a changé, qui a été l'origine de la décruce, ce sont les premières applications de la loi sur les handicapés, l'apparition de l'AAH, et la loi Besson sur le droit au logement. En fait, il s'agit de lois générales qui ne visent pas les personnes souffrant de troubles psychiques. Mais celles-ci ont peu de moyens financiers (sauf à être rentières, et c'est assez rare), et perdent leurs repères financiers et sociaux. Par le biais de lois générales en faveur de gens aux faibles ressources, on a commencé à faire sortir les personnes de l'hôpital en les intégrant, au nom de la citoyenneté pour tous.

Si je revendique une psychiatrie, c'est une psychiatrie citoyenne qui considère que toutes les personnes ont des droits inaliénables. Or ces droits ont été aliénés pour les gens qui avaient des troubles mentaux, pendant très longtemps. En fait, pour toutes les lois fondamentales, on se demande un jour ou l'autre si les gens qui ont des troubles psychiques sont concernés. À chaque fois, il faut mettre en place une commission particulière qui, en définitive, dit : « oui, ce sont des êtres humains comme les autres ». C'est extraordinaire cette résistance, cette stigmatisation, cette extraordinaire défiance vis-à-vis des personnes qui ont des troubles mentaux dont je rappelle qu'elles représentent 33% de la population dans le monde. Évidemment, il s'agit toujours de votre voisin, pas de vous.

Ce ne sont pas toujours des troubles très graves, mais dans 50% des cas ils se traduisent par une gêne extrêmement importante. Les gens ne disent pas que ce sont des troubles mentaux parce que, quand on est anxieux, stressé, qu'on a des malheurs qui entraînent des dépressions, on se sent malheureux et pas obligatoirement malade. Le problème réside dans la définition de la maladie : le malade, c'est toujours l'autre.

La loi du 4 mars 2002, à la place du message qui consiste à dire : « les gens, on les envoie voir les psychiatres plus ou moins contraints et forcés », dit grosso modo : « essayez toujours de trouver le consentement de la personne, parce que, que ce soit en obligation de soins ou pas, ça marche mieux quand les gens adhèrent un minimum aux soins ». Si je suis malade, je demande à mon médecin ce que j'ai, quels sont les traitements, quelle est la molécule qu'il va me donner, quels sont les effets secondaires. J'en discute avec lui et, si je suis participant aux soins, ça ira cent fois mieux.

Maintenant que les décrets d'application sont parus, les patients auront un accès direct à leur dossier de soins. D'ici dix ans, ce dossier sera sur des serveurs informatiques, avec un accès par le médecin traitant désigné par le patient. Quand celui-ci aura un trouble psychique, il ouvrira le serveur à la partie psychiatrie de son dossier médical qui, de plus, bougera avec la carte vitale...

Il faut donc commencer à imaginer quels vont être les systèmes, comment on va pouvoir soigner les gens, comment on va être en pôle direct avec les usagers et avec leur médecin traitant. Dans notre pratique de secteur, on ne prescrit plus puisqu'on envoie chez le médecin traitant qui fait la prescription. Une infirmière est le référent du patient et sert de relais, ou c'est le pharmacien qui donne le traitement. Il y a des gens qui ne veulent pas d'injections, mais qui acceptent avec une négociation. Quand on est devant un patient, il faut toujours proposer plusieurs solutions. Si vous n'en avez qu'une et qu'il la refuse, on est dans l'impasse. On dira qu'il a un mauvais contre-transfert, ou qu'il ne comprend pas ce qu'on dit. Le soin c'est une négociation.

On a une expérience extraordinaire avec les réseaux de toxicomanes. Tout le monde s'est mobilisé, les politiques, les policiers, les pharmaciens qui se faisaient dévaliser, les médecins généralistes qui se faisaient racketter, les psychiatres qui n'en pouvaient mais proposaient uniquement une cure. Enfin, c'était n'importe quoi. Face à ce problème de société, tout le monde s'est réuni et les réseaux toxicomanie se sont mis en place.

Le système de santé est unique ; il n'y a pas la psychiatrie d'un côté et le reste de l'autre. On sait bien que quand on est mal dans sa tête, on est souvent mal dans sa peau et vice-versa. Les pharmaciens, grâce aux toxicomanes, ont accepté de jouer le jeu et donnent des traitements à des gens qui préfèrent aller en pharmacie plutôt que de recevoir tous les jours un infirmier ou un médecin chez eux. À partir du moment où l'on s'intègre dans le système de santé général, tout marche beaucoup mieux. L'objectif à atteindre, c'est d'essayer de comprendre quel est le message de décroisement.

La loi du 4 mars 2002 a introduit d'une part la parole des usagers comme primordiale (nous sommes payés pour rendre un soin aux usagers), et d'autre part la mise en place des réseaux. La santé mentale n'est pas faite par les psychiatres. Nous faisons de la psychiatrie, nous ne faisons pas de la santé mentale. On ne peut différencier la santé mentale de la santé en général. Vous avez un problème de poids, on vous dit de faire du sport. Vous avez un problème d'anxiété, on vous dit de faire de la relaxation. On ne voit pas très bien en quoi la sublimation serait meilleure pour les troubles psychiques plutôt que pour les troubles somatiques.

J'ai rencontré dernièrement des acteurs de terrain. On se retrouve dans les ateliers «santé ville», les Programmes Régionaux de Santé, avec des gens très étonnants, des dentistes qui font de la prévention de la carie dentaire dans les écoles et les quartiers en difficulté. J'ai demandé si c'est un gros problème, et il m'a été répondu que ça n'est que de la santé mentale ! C'est-à-dire les caries renvoient à toute l'hygiène bucco-dentaire, aux problèmes de pauvreté, à une sorte de maltraitance de soi ou des autres, et l'on retrouve les problèmes de santé mentale.

Quand le maire de Mons-en-Barœul, une sorte de ZUP plutôt bien traitée, réunit les partenaires de son territoire (responsables économiques et sociaux, médecins généralistes), sur les cinq premiers problèmes cités, quatre ont trait à la santé mentale en général. Alors que si nous disons : «on va créer nos structures de santé mentale dans la ville», on va à l'échec. Les dirigeants viendront une fois ou deux, et ils diront que c'est de la propagande pour la psychiatrie.

Il faut un double mouvement : d'une part, intégrer les usagers dans tous les systèmes de décision de notre fonctionnement, et d'autre part intégrer la psychiatrie dans tout ce qui existe dans les villes. Cela veut dire que, pour les usagers, il ne faut surtout pas créer de nouvelles instances, mais les introduire dans les conseils. Et je propose, qu'une fois par an, dans le conseil de service de tous les établissements de santé, il y ait une réunion avec les élus locaux, les usagers, un médecin généraliste, la psychiatrie adulte, un médecin du travail ; et pour les enfants, avec un recteur d'académie, une association de parents, le médecin scolaire pour expliquer le fonctionnement de la psychiatrie. On peut le faire demain. Il n'y a pas besoin de loi.

La gestion des plaintes qui arrivent dans les services de santé pourrait être assurée par des usagers ou des associations d'usagers. Généralement, quand il y a une plainte, le plaignant se retrouve en face d'une personne qui aura tendance à lui dire : « vous vous trompez, ce n'est pas grave, vous êtes un peu parano ». Quoique la paranoïa, ce n'est pas une maladie, c'est une insulte. Paranoïaque, c'est un fait ou une personnalité ; on n'a jamais guéri un paranoïaque. Ce n'est donc pas une maladie puisqu'on n'en guérit pas.

Je fais une parenthèse par rapport aux associations d'homosexuels aux États-Unis. Toutes se sont ralliées au DSM3 et à la psychiatrie biologique parce qu'elles considéraient que l'homosexualité n'est pas une maladie, alors que pour l'association psychanalytique américaine, c'était un problème. À partir du moment où ça n'est pas une maladie, ça ne nous concerne pas...

La psychiatrie aurait intérêt à dire, un jour ou l'autre, ce qu'elle sait faire et ce qu'elle ne sait pas faire, à dire « ça c'est du soin ou ça n'en est pas ». Par exemple, pour les troubles sexuels, je dis clairement que je suis incompetent. Il y a des gens qu'on ne pourra pas soigner ; c'est comme si on nous envoyait tous les grands braqueurs de banque en psychiatrie en disant qu'ils sont vraiment malades. On peut les rencontrer et les soigner s'ils sont anxieux ou déprimés ou s'ils ont une psychose. Mais pour les braqueurs de banque, que voulez-vous qu'on fasse ? On ne va pas se transformer en juges ou en policiers. Le problème est que la psychiatrie a accepté énormément de choses qu'elle ne savait pas faire. Quand on est dans une logique santé mentale avec d'autres partenaires, on peut discuter et finalement faire en commun et selon les compétences. C'est ça la philosophie du réseau qui n'est qu'un des aspects du partenariat.

Avec les lois de décentralisation, la psychiatrie va devoir se resituer. Donner des responsabilités de santé aux élus au niveau communal, c'est fantastique. Partout où il y a eu des avancées significatives dans le système de psychiatrie publique, c'est quand les élus locaux étaient en première ligne. Pensez à Laurent Elghozi, à Nanterre. Il a failli mourir mais il n'a rien changé à son opinion quant à l'implication des élus locaux en santé mentale. Il dit que l'affaire Durne relève de la justice et que c'est un type qui a « pété les plombs ».

À Nanterre, les élus locaux ont mis en place une politique de santé mentale avec tous les habitants. Et le conseil de santé mentale de Givors existe depuis vingt ans. C'est le seul qui existe. Il est tenu par le maire, Martial Passy, qui fait un travail fantastique dans sa ville et qui entraîne la psychiatrie dans son sillage. La commission extra-municipale handicap psychique de Tourcoing vient de naître, à partir des conseillers municipaux et d'un juge qui en avait assez de la séparation entre la psychiatrie, la justice et le handicap. La charte pour la politique de prévention en santé mentale de Rillieux-la-Pape, c'est la même chose : des conseillers généraux et des équipes de psychiatrie.

On abat les frontières et l'on voit ce qui est le mieux pour les usagers en termes de prévention. Le réseau Icare à Bordeaux intègre, à travers un travail artistique fait avec la communauté, un réseau de bistrots et d'accueil des RMIstes, des chômeurs et des gens qui sortent de psychiatrie. Sur le secteur 14 des Yvelines, un réseau informel s'est constitué dans les trois CMP, et ils n'ont plus d'hospitalisation.

Le réseau, c'est un rapport gagnant, gagnant : vous n'aurez des gens dans le réseau que si vous donnez des choses et si vous en recevez, et tout ça pour le patient. Cela doit être ahiérarchique parce que, sinon, cela ne fonctionne pas. Toutes les décisions sont prises en commun, à l'unanimité. C'est pour nous un changement de paradigme complet. Avant, il y avait le médecin chef. On doit passer à autre chose, on ne doit plus avoir des partenaires, mais être partenaire. On se met tous autour d'une même table, et on décline ça en termes de financement, de compétences. Généralement, il y a une charte, une convention et une formation réciproque. Entre le sanitaire et le social, ça fonctionne bien quand les deux se forment l'un l'autre.

Les expériences actuelles ont en commun d'être décloisonnées et démocratiques, et d'intégrer la psychiatrie dans le champ de la santé mentale. On va mettre en place des contrats santé mentale entre l'État, la région, le département, les villes, et les usagers seront présents au niveau de la région. On va dire comment on envisage l'articulation avec le médico-social et avec la politique du logement. L'U.N.A.F.A.M. demande la création de dix mille appartements associatifs en trois ans. Je rejoins cette proposition car l'appartement associatif, c'est insertion et soins. On peut imaginer aussi de demander des placements familiaux dans tous les secteurs. Tout ça va dans le sens de la psychiatrie citoyenne, de la participation des usagers à l'intégration.

Au niveau communal et intercommunal, le rôle des élus est fondamental. Je le vois dans la « commission appartement » de notre secteur avec les élus locaux, les HLM, l'association des usagers, l'association des familles, l'association des curateurs, les responsables de foyers, l'équipe de psychiatrie et le demandeur. Une vingtaine de personnes discutent de son intégration, de sa demande de soins et de son insertion. Nous garantissons les soins, et nous présentons la personne.

On a ainsi obtenu cent vingt-cinq lits HLM. Le secteur est passé de trois cents lits à vingt lits aujourd'hui. J'espère qu'on passera à dix lits grâce aux familles d'accueil, et ce pour 90 000 habitants, sans autre offre de soins dans notre secteur. Il faut voir l'efficacité de ces systèmes quand la psychiatrie et la santé mentale deviennent populaires, citoyennes, et non pas excluantes et honteuses. Un beau défi pour une psychiatrie en marche vers l'avenir.

Les chiens aboient, la caravane passe.

FAMILLE D'ACCUEIL ET ÉTABLISSEMENT : COMPLÉMENTARITÉ

Dominique GEORGES-PINET, responsable
Dispositif Accueil Familial à caractère Social
Conseil Général des Yvelines

La loi de 1989 a été appliquée dans les Yvelines en juillet 1992, avec des personnes déjà expérimentées en tant qu'assistantes maternelles de l'aide sociale à l'enfance qui sont devenues des accueillants familiaux à caractère social, et d'autres qui sont arrivées par la suite, doucement, parce que le département n'est pas un département à tradition d'accueil.

Dans le même temps, les années 1990 ont été marquées par de profonds changements liés à la nécessité de mettre la personne au centre de tous les dispositifs et de construire les projets avec elle et à partir d'elle. Le travail en transversal était, et est toujours le maître mot au sein du Conseil Général. Il s'agissait de décloisonner les services, et l'on est passé des circonscriptions aux espaces territoriaux. Ce travail en transversal, en interne mais aussi avec l'extérieur, a abouti à une charte des engagements du Conseil Général et à un contrat social avec différents partenaires.

Au début, l'accueil familial à caractère social était géré par l'assistante sociale qui l'avait mis en place. En 1999, il y avait 43 personnes accueillies (34 handicapées et 9 âgées), et 41 familles d'accueil dont 32 réellement en service. Aujourd'hui, il y a 38 accueillis chez 30 familles d'accueil, dont 18 étaient là en 1999. Il y a eu un certain « ménage » et un turn-over normal.

Le personnel se composait de deux équivalents temps plein (moi-même et une référente qui gère les dossiers administrativement), de 30% de vacations de psychologues et de 10% de vacations de médecins. Aujourd'hui, je suis responsable de l'accueil familial pour 20% de mon temps, l'assistante sociale et la psychologue interviennent à mi-temps chacune, une référente dégage 30% de son temps, et il y a toujours 10% de vacations de médecins. Enfin, le suivi des accueillis a été délégué à un travailleur social extérieur.

En 1999, quand je suis arrivée, je me suis rendu compte que les familles avaient été laissées à elles-mêmes, qu'elles étaient repliées sur elles-mêmes. Pour certaines, ce repli était extrêmement dangereux, problème qui surgit quand on vit en vase clos. Les familles d'accueil souffraient d'un manque de reconnaissance, parlaient et montraient un certain épuisement. Elles n'allaient plus en formation, il y avait pratiquement 60% d'absentéisme.

Quant aux personnes accueillies, elles étaient à l'extérieur de tout. Le système en faisait des exclues. Elles étaient posées là, dans les familles d'accueil, mais il n'y avait pas véritablement de vie, ni de projet de vie. Concernant l'équipe, nous étions donc deux, la référente de dossier et moi-même, et je me suis trouvée isolée pour prendre des décisions. Je me trouvais parfois écartelée entre le suivi des accueillis, l'accompagnement des accueillants, le contrôle, les agréments et les désagréments...

J'ai donc fait des préconisations de restructuration de l'équipe. Il s'avère qu'il est positif de ne pas s'occuper que d'accueil familial parce que cela l'enrichit de ce que l'on fait par ailleurs. Ainsi, je suis coordinatrice des équipes médico-sociales de l'aide personnalisée à l'autonomie, des équipes gérontologiques et de la maltraitance envers les personnes âgées.

J'ai proposé de différencier le suivi des accueillants du suivi des accueillis, et le contrôle. Nous avons donc passé des contrats d'objectifs, d'abord dans l'équipe en la restructurant. Je m'occupe de la prospection du dispositif, et l'assistante sociale à mi-temps s'occupe de l'accompagnement des familles. Par ailleurs, nous avons passé des contrats d'objectifs et de moyens : les personnes âgées sont suivies par la CRAMIF, et les personnes handicapées par l'ADAPEI.

Nous avons aussi essayé de travailler avec l'accueil familial thérapeutique, mais les intervenants qui venaient à domicile ne parlaient jamais avec les accueillants familiaux qui se sont sentis complètement mis à l'écart. Nous avons suspendu cette démarche avec l'équipe d'accueil familial thérapeutique pour l'instant.

Enfin, nous avons réorganisé la formation qui a été rendue obligatoire : ne pas la suivre peut entraîner le retrait de l'agrément. Tout le monde suit une formation, les accueillants comme l'équipe. Ce qui fait que nous entendons tous la même chose, et avons des bases communes pour élaborer notre travail. Les accueillants nous forment, nous les formons, le formateur nous forme tous.

Nous avons ensuite proposé de travailler à partir d'établissements médico-sociaux comme Alain Remmeau l'évoque dans le texte qui suit.

FAMILLE D'ACCUEIL ET ÉTABLISSEMENT : COMPLÉMENTARITÉ - SUITE

Alain REMMEAU, directeur général
Maison de Lyliane
Richebourg (78)

La maison de Lyliane est un foyer de vie, établissement du champ médico-social à partir duquel est menée une expérience en partenariat avec le Conseil Général des Yvelines. Il est spécialisé dans l'accueil d'adultes handicapés mentaux vieillissants : un tiers sont des trisomiques ; 90% sont d'anciens employés des centres d'aide par le travail de la région qui manifestaient un vieillissement précoce et une démotivation au niveau du travail et de tout l'environnement. L'établissement a ouvert en 1996, et a été classé « établissement pilote » par la Région. C'est le premier établissement de ce type en Ile-De-France, et l'un des tout premiers, au moins au niveau de la capacité d'accueil, sur le territoire national.

Janine Cayet, la présidente, est membre du Conseil Économique et Social. Elle a présenté un rapport en 1998-1999 sur le problème des handicapés mentaux vieillissants et des malades mentaux désorientés. Nous avons mis en place un projet de vie pour les 60 résidents en évitant les activités productives, voire hyperproductives des CAT, mais au contraire en développant des activités où les adultes handicapés trouveraient du plaisir, en essayant de donner, de redonner dans certains cas, un sens à leur vie.

Les activités se veulent donc structurantes, et sources d'expression et de communication. Elles posent des repères de lieux, d'espaces, de personnes. Leur réalisation procure du plaisir et donne du sens autant à celui qui propose, le professionnel, qu'à celui qui réalise, le résident. Donner du sens, de la vie, du plaisir au résident doit être vécu de même par les professionnels pour que l'action soit efficace.

Le projet mis en œuvre a produit des effets inattendus. Nous pensions être le dernier maillon de la chaîne de prise en charge des adultes handicapés, et le Conseil Général avait fait savoir que nous n'avions pas de mandat d'orientation ou de réorientation, que nous intervenions en fin de vie. Dès la quatrième année du fonctionnement, nous avons été confrontés à deux phénomènes très distincts. L'un s'est traduit par une demande explicite de quelques résidents de quitter l'établissement pour un ailleurs sûrement illusoire mais clairement exprimé. Une grande énigme s'est ainsi posée à l'équipe : comment répondre à cette demande d'un ailleurs?

Le constat était simple : des résidents s'étaient reconstitués au fil des mois, refait une santé, avaient retrouvé goût à la vie et demandaient à partir. Pour où ? Impossible de trouver une réponse adaptée et durable. Nous avons d'emblée refusé d'en orienter certains, âgés d'environ cinquante ans, en maisons de retraite classiques. Comme Janine Cayet le fait ressortir dans son rapport, le mélange des personnes âgées et des personnes handicapées n'est pas judicieux, d'abord au niveau de l'âge (les uns ont cinquante ans, les autres quatre-vingt-cinq et plus), et surtout au niveau du parcours de vie (les personnes âgées ont été gestionnaires de leur vie, pas les personnes handicapées).

Nous avons également refusé de faire revivre à certains le cauchemar vécu avant leur admission : au nom d'une pseudo-insertion, ils vivaient seuls en appartement, délaissés, suivis de loin, rejetés par leur environnement, couverts de dettes, squattés par des SDF, abusés. Malgré leur vie sociale au plus près de la vie ordinaire en centre urbain, ils dépérissaient, rongés par la solitude, l'ennui, le désœuvrement, n'ayant plus de goût à la vie, plus aucun repère.

Face à ce dilemme, nous avons monté un projet intitulé « Diversification des modes d'hébergement » qui comportait deux volets : l'un consistait à ouvrir un hébergement décentralisé, l'autre à créer un petit service de placement familial. Cet ensemble, après bien des péripéties, a reçu un avis favorable du Conseil Général des Yvelines, et l'expérience a commencé tout récemment, le 1er novembre 2002.

C'est ainsi que quatre résidents vivent dans un pavillon, encadrés par des aides médico-psychologiques, sauf la nuit où ils sont seuls. Les exigences sont conformes au projet arrêté et ont pour volonté de les mobiliser en accroissant leur autonomie (pas de cuisinier, de femme de ménage ou de lingère). Ils doivent assumer la vie domestique au niveau de l'appartement.

En ce qui concerne l'accueil familial, nous avons considéré que la vie à temps plein en famille d'accueil n'est pas concevable à long terme, et qu'il faut un ailleurs régulier pour permettre à la personne handicapée, mais aussi et peut-être surtout, à la famille d'accueil de souffler. Ainsi, comme ceux qui vivent en appartement, les résidents bénéficient d'un accueil en journée, quatre jours par semaine, afin de fréquenter nos ateliers. Les transports sont assurés par les familles d'accueil, cette clause étant prévue dans le contrat de placement. Celles-ci bénéficient de la même rémunération que si elles accueillent à temps plein.

En utilisant les nouvelles dispositions de la loi de modernisation sociale, les familles d'accueil sont salariées de l'institution. Elles ont les mêmes avantages que les autres salariés de l'institution : cotisations Assedic et retraite, assurances, mutuelle complémentaire... Pour les congés, nous avons imaginé plusieurs possibilités : placement ponctuel chez une autre famille d'accueil ou dans une famille relais, participation à des séjours de vacances ou des week-ends organisés à partir de l'institution, vacances spécialisées, séjours avec ceux qui vivent en hébergement décentralisé, et accueil à l'établissement si aucune des solutions précédentes n'est possible.

Les familles d'accueil viennent chaque matin rencontrer les membres de l'équipe. Une fois par mois, elles participent à la réunion de l'équipe éducative pour rendre compte de la vie de l'accueilli ou de ses difficultés. Un cahier de liaisons fait les mêmes allers et retours entre l'institution et les familles d'accueil. Tout y est noté, les questions, les réponses, les suggestions, les joies, les problèmes. Les familles d'accueil participent activement, et un rapport de situation et de comportement leur est demandé, comme à chaque salarié.

Pour l'instant, nous travaillons avec deux familles d'accueil, et nous allons développer cette expérience petit à petit.

L'ACCUEIL FAMILIAL THÉRAPEUTIQUE, VÉRITABLE ALTERNATIVE À L'HOSPITALISATION

Didier DEHEM, infirmier de secteur psychiatrique
Marie-Danièle FLIPO, cadre socio-éducatif, responsable de l'AFT
 E.P.S.M. des Flandres
 Bailleul (59)

1. BILAN DE L'ACCUEIL FAMILIAL THÉRAPEUTIQUE DE 1992 À 2002

Cette alternative à l'hospitalisation temps plein qu'est l'accueil familial thérapeutique est mise en place à l'EPSM des Flandres depuis 1992. L'objectif est tel que le stipulent les textes : «Favoriser la réadaptation du patient et faciliter sa réinsertion. En ce sens il peut être un palier avant sa sortie définitive. À défaut, il peut constituer une transition avant une orientation à caractère social ou médico-social ». Il s'avère être un excellent outil de prise en charge, et se situe en fait dans le champ social de la maladie mentale.

Depuis 1992, le nombre de places a sensiblement augmenté puisque l'on passe de 15 places à 47 places actuellement. 12 places sont encore à réaliser.

Le bilan est extrêmement positif au niveau du soin et de la réinsertion sociale de la personne accueillie. On pourrait même dire que l'accueil familial thérapeutique évite l'exclusion du fait même de son insertion dans le tissu social.

Retenons essentiellement que l'accueil familial thérapeutique vise à :

- offrir aux personnes accueillies la possibilité de vivre dans une famille avec le soutien d'une équipe pluridisciplinaire (suivi médical, psychiatrique, psychologique, social et infirmier) ;
- assurer un relais entre une hospitalisation et un retour à une vie plus indépendante ;
- permettre une évolution et une autonomisation dans le cadre du projet thérapeutique ;
- établir des relations affectives et restaurer les capacités relationnelles dans un climat familial chaleureux ;
- procurer un mode de vie proche de la réalité dans un environnement extérieur sécurisant et structurant ;
- insérer dans la cité et le tissu social avec le support et la continuité du suivi thérapeutique ;
- aider à vivre une vie relationnelle et affective plus qualitative et valoriser le lien social ;

- proposer une prise en charge satisfaisante en fonction des accueillis, « de leur degré de dépendance, de l'évolution de leur pathologie à un moment donné, de l'appui familial dont ils peuvent disposer » pour reprendre les termes du SROS.

Cette prise en charge est d'autant plus intéressante qu'elle permet un soin « hors les murs », tout en garantissant et en maintenant le suivi médical, infirmier et social en ambulatoire.

2. LA NOTION D'ALTERNATIVE À L'HOSPITALISATION

2.1. La prise en charge des différents frais

Conformément à la législation, et dans un souci d'insertion et de responsabilisation de l'accueilli, le règlement intérieur prévoit que :

- les frais à la charge de l'établissement sont, d'une part la rémunération des familles sur la dotation globale au titre de l'activité hospitalière dont une rémunération journalière, un complément de rémunération (sujétion particulière) lié à l'état de santé de l'accueilli, un complément pour sujétion spéciale (accueil de mineurs) et une indemnité d'entretien ; d'autre part les frais consécutifs aux pathologies psychiatriques de l'accueilli (les soins sont assurés par les équipes médicales de l'EPSM et les traitements délivrés par la pharmacie de l'établissement) ;
- les soins somatiques sont assurés par les praticiens libéraux, et les traitements délivrés par les officines de ville. Leur prise en charge revient à l'organisme de sécurité sociale de l'accueilli ;
- le loyer reste à la charge de l'accueilli.

2.2. Le statut de la personne bénéficiant de l'accueil familial thérapeutique

L'AFT s'inscrivant dans les alternatives à l'hospitalisation complète, la personne accueillie :

- n'est pas considérée comme hospitalisée (ni à temps plein, ni à temps partiel), en référence à l'arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et aux services de lutte contre les maladies mentales. Ce statut lui permet de recourir à d'autres formes de prises en charge (Centre d'Aide par le Travail, Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel ou Hôpital de Jour) ;
- n'est pas assujettie au versement du forfait hospitalier ;
- perçoit ses prestations sociales (AAH, RMI...) au taux plein.

Son domicile administratif est :

- l'adresse du représentant légal pour les adultes bénéficiant d'une mesure de protection ;
- l'adresse de la famille d'accueil pour les adultes libres de gérer leurs biens ;
- l'adresse de la personne investie de l'autorité parentale pour les mineurs.

2.3. Les effets d'un tel dispositif

La réinsertion de l'accueilli est totalement favorisée : il a un statut de citoyen à part entière et entre dans le dispositif de droit commun.

En outre, la continuité des soins psychiatriques est maintenue par l'équipe dite « d'origine » qui a pensé et préparé le projet, assure le suivi ambulatoire en famille d'accueil et accompagnera l'accueilli à la sortie de l'accueil vers de nouveaux projets. Les soins, dans le cadre d'un projet thérapeutique à durée définie, sont élaborés et contractualisés entre le médecin chef de service, l'accueilli, la famille d'accueil et le tuteur le cas échéant.

3. LES RÉALISATIONS DES DERNIÈRES ANNÉES

3.1. La formation des familles d'accueil

Ses objectifs sont l'amélioration et l'harmonisation des pratiques en accueil familial thérapeutique. À raison d'une demi-journée tous les quatre mois, soit trois séances par an, la formation est menée par des membres des équipes pluridisciplinaires (psychologue, infirmier, assistante sociale, cadre socio-éducatif), et parfois par des formateurs extérieurs. L'un des supports utilisés est un film retraçant les différentes phases et les aspects de l'AFT à l'EPSM des Flandres. Les séances portent sur le projet thérapeutique, les différentes modalités de placements, le statut de la famille d'accueil et les droits administratifs. Pour 2003, les thèmes retenus sont la pathologie et le quotidien. Cette formation « clinique » sera assurée par des professionnels de l'établissement. L'aspect dynamique de la mise en place, du développement et de l'évolution de la formation est exposé plus loin.

Durant les séances, proposition est faite aux familles de prendre en charge la personne accueillie au sein de l'EPSM. Toutes n'ont, en effet, pas la possibilité de la confier à la personne tierce prévue dans le contrat d'accueil.

3.2. Le groupe d'échanges de pratiques avec le personnel soignant

Ses objectifs consistent en la création d'un lieu de réflexion des équipes de soin au regard de l'accueil familial thérapeutique afin de questionner et d'améliorer les pratiques. À raison d'une par trimestre, ces réunions ont permis de travailler sur un protocole d'accueil temporaire, les projets et la montée en charge sur cinq ans, la formation, le bilan des pratiques et l'organisation, les calendriers de présence, la recherche et le recrutement des familles, la conception de nouveaux outils (accueil temporaire, accueil d'urgence, séjours courts), la réalisation d'une nouvelle plaquette...

4. LE TRAVAIL EN PARTENARIAT

Le partenaire est un individu ou un groupe auquel on s'associe pour la réalisation d'un projet. La famille d'accueil est un lieu privilégié de relations entre les membres d'une famille et un accueilli qui vit sous le même toit, partage les mêmes temps forts qui rythment le quotidien. L'accueil familial thérapeutique constitue donc le moyen de dynamiser un projet, de mettre à jour des potentiels, et de réactiver des relations.

4.1. L'agrément

Au cours de la procédure d'agrément, la famille candidate reçoit la visite d'une assistante sociale et d'une infirmière pour l'enquête sociale. C'est une première occasion de mettre en avant la notion de projet et de travail en équipe autour de la prise en charge d'un accueilli.

Il est important de rencontrer chaque membre de la famille pour apprécier la façon dont chacun appréhende le projet d'accueil. La famille sera aussi reçue en entretien par le psychologue et le médecin chef de secteur.

Il s'agit, au travers de ces différentes étapes, d'évaluer la demande. Ces différents entretiens permettent en effet de construire une démarche, de poser un cadre.

4.2. Le projet thérapeutique individualisé

Le projet thérapeutique individualisé est central. Il s'établit lui aussi en partenariat puisqu'il émane de l'équipe pluridisciplinaire du service dont dépend l'accueilli (médecins psychiatres et généralistes, psychologue, cadre infirmier, équipe soignante intra et extra-hospitalière, assistante sociale intra et extra-hospitalière).

L'article 29 du règlement intérieur précise que « Toute personne susceptible de bénéficier de l'accueil familial thérapeutique doit faire l'objet d'un projet thérapeutique individualisé et spécifique la concernant. Le projet thérapeutique doit être établi par l'équipe pluridisciplinaire sous la responsabilité médicale et technique du médecin psychiatre chef de secteur qui prend en charge et suit la personne placée. Le projet thérapeutique, outre les prescriptions médicales qui doivent être strictement observées par la famille d'accueil pour la personne placée, doit définir les modalités pratiques relatives à la vie quotidienne de cette dernière au sein de la famille d'accueil, à sa participation aux tâches ménagères, à condition que ce travail relève de la thérapie prescrite par le médecin responsable de ses soins avec autorisation du directeur de l'EPSM des Flandres de Bailleul ».

Un résumé du projet thérapeutique sera signé par le praticien hospitalier chef de secteur, la personne accueillie, l'accueillante familiale et le représentant légal. Il fait partie des documents constitutifs du dossier et du contrat d'accueil passé entre la famille et l'établissement.

4.3. Le partenariat famille, équipe, accueilli

L'accueil familial thérapeutique a un référent infirmier et un référent social, garants du cadre. L'infirmier intervient à trois niveaux : la famille d'accueil, la relation famille d'accueil-accueilli, et l'accueilli. Il est à l'écoute, et donne du sens à ce qui se vit dans la famille d'accueil. Les solutions sont à trouver avec la famille d'accueil qui reste actrice, et avec l'accueilli. Il pourra être utile de se référer au projet thérapeutique (par exemple : favoriser l'autonomie alors pourquoi faire à la place de ?). Encore une fois, le partenariat est inscrit dans l'arrêté de 1990 : « la famille d'accueil doit agir dans le respect de l'accueilli, respecter le projet thérapeutique, recevoir l'équipe, favoriser les relations avec la famille naturelle, faire appel au généraliste en cas de problème somatique de l'accueilli ».

La visite infirmière est l'occasion de faire le point, de s'inscrire dans le temps, de baliser le parcours en pointant les difficultés éventuelles (problèmes comportementaux, relationnels, matériels, physiques...) qui demanderont des réponses à différents niveaux : médical (consultation avec le psychiatre ou le généraliste), entretien infirmier ou social, rencontre avec le responsable légal, contact avec la famille d'origine... Il s'agit aussi de rendre compte des progrès relationnels de l'accueilli, de découvrir avec la famille de nouvelles facettes.

Il importe de valoriser le travail de la famille d'accueil et de le réinscrire dans le projet initial, de l'assurer du soutien de l'équipe pluridisciplinaire matérialisé par le suivi infirmier et social. De même qu'on valorisera les points positifs de la prise en charge, on valorisera également les aspects positifs de l'accueilli. La maladie mentale amène le patient à une diminution des relations sociales, à la perte de sa position sociale, à un émoussement affectif, à une perte d'autonomie, de compétences, à un dérèglement comportemental. La famille d'accueil et l'équipe vont travailler à compenser ces déficits, à développer les points positifs de la personnalité de l'accueilli en établissant des objectifs concrets, simples et réalisables.

La prise en charge de l'accueilli est le résultat d'un travail en complémentarité avec des interlocuteurs variés comme les tuteurs, les médecins généralistes, les familles d'origine qui communiquent des éléments nouveaux ou donnent des informations essentielles concernant l'accueilli. Le milieu associatif, les activités en Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, les bailleurs viennent renforcer le travail de réinsertion.

4.4. Illustration par quelques expériences

4.4.1. Une prise en charge de deux ans d'une jeune femme en famille d'accueil avec un travail autour de l'autonomie, de l'hygiène, de la gestion de la maladie et du traitement, de la gestion de l'argent de poche, a permis à l'accueillie de louer un appartement individuel et privé. C'est le résultat d'une collaboration étroite entre la famille d'accueil, l'équipe médico-sociale, le tuteur et le bailleur. Cette personne bénéficie encore d'un suivi par l'équipe de secteur.

4.4.2. Des personnes bénéficiant d'un accueil familial social sont prises en charge en Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, moyen de travailler la séparation d'avec la famille d'accueil, d'assurer une continuité des soins au travers d'une prise en charge de groupe qui privilégie la dimension relationnelle. Ces mêmes personnes peuvent être suivies par l'équipe du CMP (visites à domicile infirmières, consultations médicales). Ceci implique une liaison entre les équipes de CMP, de CATTP et les référents de l'accueil social, les familles d'accueil, les tuteurs et les généralistes.

4.4.3. Pascale était hospitalisée dans un autre secteur. Elle bénéficiera d'un placement dans un foyer de vie début 2003. Un accueil transitoire a été réalisé dans une famille d'accueil du secteur pour travailler l'hygiène, maintenir les acquis, mettre en évidence son potentiel. Le travail en partenariat s'effectue à plusieurs niveaux : liaisons entre les deux secteurs (transmission des informations médico-sociales pour la construction du projet thérapeutique en équipe pluridisciplinaire), et avec l'équipe du foyer où Pascale peut faire des essais avant son admission à temps plein.

4.4.4. Une patiente du Douaisis avait beaucoup régressé, au point d'être désinsérée et désinvestie par sa famille. Elle a tout d'abord bénéficié d'une prise en charge institutionnelle à l'EPSM qui a permis d'améliorer son état de santé, au point de rendre possible un projet temporaire d'accueil familial thérapeutique, avec pour objectif un placement en accueil familial social sur son secteur d'origine, où elle a pu retrouver son cadre de vie et renouer des liens familiaux avec sa fille. Un important travail a été réalisé, autour de l'autonomie et du maintien des acquis avec le soutien de l'équipe du secteur. Par ailleurs, le partenariat a permis un relais avec l'équipe de l'accueil familial social (réunion avec l'infirmière référente, la famille d'accueil, la tutrice), la prise de contact avec la famille d'accueil, l'infirmier référent, l'assistante sociale et l'accueillie, des périodes d'essai et un placement définitif en liaison avec le CMP pour la poursuite du suivi psychiatrique.

4.4.5. Vincent est un patient dont la mère ne peut plus s'occuper, et qui travaille en centre d'aide par le travail sans possibilité d'hébergement. Une solution d'accueil familial thérapeutique a été pensée sur la base d'un partenariat entre la famille d'origine, la famille d'accueil, l'assistante sociale, l'infirmière référente et l'équipe du C.A.T.

4.4.6. Pour Maryse, les modalités retenues ont été une prise en charge en CATTP une fois par semaine, un atelier de peinture dans une association en ville, un travail pluridisciplinaire entre équipes du CMP, du CATTP et famille d'accueil. La liaison avec le réseau associatif a permis une ouverture sur la cité et une (ré)insertion.

5. GROUPE DE RÉFLEXION ET D'ÉCHANGES SUR LES PRATIQUES D'ACCUEIL FAMILIAL THÉRAPEUTIQUE

L'objectif du groupe consiste en une rencontre des équipes pour l'amélioration des pratiques en accueil familial thérapeutique. Y participent les assistantes sociales, les cadres supérieurs de santé, les cadres infirmiers et les infirmiers.

Différents thèmes, comme on l'a dit plus haut, sont évoqués lors de ces groupes : organisation et état des lieux de l'accueil familial thérapeutique dans les différents secteurs, besoins en formation des familles d'accueil, précisions à propos du règlement intérieur, montée en charge de l'accueil familial thérapeutique avec l'appréciation des besoins par secteur, bilans d'activité, moyens de recrutement des nouvelles familles.

Par exemple, lors d'une réunion de concertation et de partenariat avec les représentants légaux pour les adultes bénéficiant d'une mesure de protection, ont été abordés l'argent de poche, l'autorisation d'opérer, la gestion des comptes bancaires, le loyer, le contrat obsèques...

Le rôle du tuteur ne se résume pas à la gestion matérielle. Il intervient également au niveau du placement lui-même car il est cosignataire du contrat d'accueil et du résumé du projet thérapeutique. Il joue bien sûr un rôle essentiel dans l'après placement du fait de sa responsabilité financière et de son implication dans l'aménagement des projets de vie de la personne.

6. GROUPE DE PAROLES ET FORMATION DES FAMILLES D'ACCUEIL

La constitution d'un groupe de paroles pour les familles d'accueil a été un moyen de répondre à leur besoin d'être reconnues. Ces rencontres ont été très riches en discussions, et fortement investies par les familles. Elles ont surtout consisté en un échange de pratiques autour d'un thème central élaboré par l'équipe (le secret professionnel par exemple ou le lien avec les familles d'origine, la fonction d'assistante familiale, son statut...). Les familles d'accueil ont pu également faire part de leurs questions à propos du quotidien, du fonctionnement de l'AFT, des aspects administratifs...

Ces échanges ont permis de créer un véritable lien entre ces professionnelles qui ont pu mettre en avant les caractéristiques de leur métier, se rendre compte qu'elles n'étaient pas les seules à rencontrer telle ou telle difficulté. Leur travail a été mis en valeur, et elles se sont en quelque sorte fédérées par le biais de ce groupe.

Une deuxième étape consistait à mettre en place, dans le cadre de la formation continue, des réunions pour les familles d'accueil avec les objectifs suivants :

- proposer un lieu de rencontre, d'écoute, d'échange sur l'accueil familial thérapeutique ;
- donner des informations ou précisions aux familles sur leur pratique ;
- répondre aux questionnements des familles ;
- permettre une réflexion commune au bénéfice des accueillis et de l'évolution de l'accueil ;
- travailler en partenariat.

CONCLUSION

Au fil des années, avec les échanges, les travaux de recherche et d'évaluation des équipes, les expériences diverses, les réajustements des pratiques, les améliorations amenées, l'accueil familial thérapeutique a évolué qualitativement.

Ce mode de prise en charge permet aux personnes accueillies dans les familles de mener une vie aussi harmonieuse que possible, et surtout d'être insérées dans la société et le tissu social. L'accueil familial thérapeutique vise ainsi l'amélioration de la relation de la personne accueillie au monde, de son autonomie, et lui permet d'évoluer positivement vers un meilleur confort de vie matérielle, psychologique et mentale.

En psychiatrie infanto-juvénile, l'accueil familial thérapeutique va être mis en place prochainement. Ce service sera élaboré sur les mêmes principes de fonctionnement que ceux du service pour adultes, avec un statut différent pour les familles d'accueil qui, en tant qu'assistantes maternelles, se voient appliquer les dispositions de la loi du 12 juillet 1992.

Ce service permettra l'accueil dans un milieu non-hospitalier d'enfants ou d'adolescents pour lesquels le maintien dans leur contexte de vie habituel est impossible sans aggraver leur symptomatologie clinique.

TRAVAIL D'ÉQUIPE ET TRAVAIL EN PARTENARIAT

Christine BENTAYEB, assistante sociale
Claire POUSSOU, médecin
Unité Accueil Familial
Conseil Général de Loire-Atlantique

QUELQUES DONNÉES EN PRÉAMBULE

La Loire-Atlantique est le 13^{ème} département de France par sa population (1 134 266 habitants au recensement de 1999) ; le 1^{er} département de la région des Pays de Loire par sa population et le second par sa superficie (6 815 km²).

Au 31/12/2001, 175 personnes étaient en accueil familial pour 192 places, chez 138 familles d'accueil dont 20 agréées pour personnes âgées, 104 agréées pour personnes handicapées et 14 détentrices d'un agrément mixte.

L'équipe de l'accueil familial, pluridisciplinaire, est composée d'une secrétaire, d'un médecin, d'un agent administratif de l'aide sociale, de trois assistants sociaux et d'une infirmière dont l'intervention est sectorisée.

Les familles d'accueil résident essentiellement en milieu rural, peu en milieu urbain malgré une forte demande, notamment en proche agglomération nantaise, pour des personnes travaillant en centres d'aide par le travail ou en ateliers protégés.

Profil des personnes accueillies

La population étudiée se compose de 134 personnes accueillies à temps plein ou partiel, mais de manière permanente. Elle ne comprend pas les personnes âgées non accueillies avant 60 ans.

Elle se caractérise par une prédominance des hommes : 64%. La moitié a entre 40 et 60 ans. Les plus de 60 ans sont des personnes handicapées vieillissantes, accueillies depuis des années. Sur le plan géographique, elle provient quasi-exclusivement du département. Sur le plan institutionnel, un quart est adressé par un service de psychiatrie. Viennent ensuite l'aide sociale à l'enfance (souvent dans la même famille), le Placement Familial Thérapeutique, et les instituts médico-éducatifs (plus de 50% des provenances connues).

L'essentiel des accueillis (67%) présente une déficience légère ou moyenne. 18% ne présentent pas de déficience, ce qui n'exclut pas des troubles de la mémoire ou du comportement. Enfin, la cause principale du handicap n'est pas identifiée pour un tiers des accueillis : il s'agit souvent de déficience mentale simple. Pour les deux tiers restants, les causes sont très diverses mais on retiendra l'importance de l'alcoolisme (démences alcooliques), des pathologies mentales de type psychoses de l'adulte ou infantiles, et des carences affectives graves de l'enfance (y compris maltraitance).

Le dispositif d'accueil familial

Un protocole de fonctionnement, « outil complémentaire au dispositif légal » a été mis en place pour examiner les demandes. Il a pour mission de :

- mieux ajuster les profils des personnes à placer avec les familles d'accueil disponibles,
- protéger les familles d'accueil de placements trop lourds,
- mesurer l'adhésion de la personne et la cohérence du projet,
- informer toutes les parties concernées,
- vérifier la « faisabilité » du placement, notamment administrative (ressources suffisantes pour rémunérer la famille d'accueil par exemple...).

Quel Protocole ?

Après le traitement administratif de la demande arrive l'étape de l'évaluation, médicale d'une part, et sociale d'autre part. Dans le cadre de l'évaluation médicale, le candidat est reçu par le médecin de l'unité d'accueil familial, au cabinet médical de la D.I.S.S., un lieu « neutre ». Ce dernier donne son avis sur l'indication ou non d'accueil familial social. L'orientation COTO-REP a son importance à ce niveau : pour l'équipe, les orientations en foyer à double tarification ou en maison d'accueil spécialisé sont une contre-indication. Au cas par cas, le médecin entretient des contacts téléphoniques avec le médecin hospitalier ou sollicite une concertation avec les équipes de professionnels qui connaissent les situations.

Si l'avis est défavorable, on peut suggérer une réorientation (maison de retraite, service de long séjour, foyer occupationnel, placement familial thérapeutique...). Si l'avis est favorable, le travailleur médico-social qui dispose d'une place « adaptée » à la demande rencontre le candidat sur son lieu de vie (famille, institution où il est hébergé...). Il peut aussi rencontrer les autres partenaires : le tuteur, le personnel soignant ou éducatif à l'origine de la demande.

L'évaluation sociale s'effectue dans le cadre d'une rencontre qui doit permettre de :

- faire connaissance avec la personne, étudier son «profil»,
- approfondir son projet, le sens de la demande,
- mesurer son adhésion ou non, ses attentes,
- apprécier ses représentations de ce qu'est une famille d'accueil et sa capacité à vivre en famille (peut-il respecter des règles de vie ? Peut-il canaliser son comportement ? À quelles activités pourra-t-il participer ? Que va-t-il faire en famille d'accueil ?...).
- expliquer le fonctionnement de l'accueil familial social.

Si les avis médico-sociaux concordent, le dossier est programmé en commission de placement ; l'objectif est de mettre en parallèle l'offre et la demande, de définir une première orientation, de dégager des pistes de travail. Qui prend contact avec le demandeur ? Qui prépare le placement ? Qui est le mieux placé pour intervenir : le médecin, l'assistante sociale, l'infirmière ?

La préparation du placement

La personne candidate est invitée à rencontrer la famille d'accueil à son domicile, avec son représentant légal, les autres membres de l'équipe à l'origine de la demande et le travailleur médico-social de l'unité d'accueil familial intervenant sur le secteur concerné par le placement. Deux hypothèses se dégagent après cette première prise de contact, sachant qu'on se donne le temps de la réflexion et ce malgré des pressions institutionnelles souvent fortes.

On peut alors continuer. Des temps d'essai sont proposés, plus ou moins longs selon les besoins (une personne hospitalisée depuis longtemps et pour qui la sortie est source de grande angoisse aura besoin de quitter l'hôpital progressivement ; au contraire, une personne désorientée qui pourrait mal vivre trop d'allers et retours entre la famille d'accueil et l'hôpital bénéficiera d'une sortie plus rapide). Le mois d'essai du contrat permet de vérifier la solidité du projet.

Si le ou les essais sont concluants, la personne reste dans la famille d'accueil, et le relais est passé au représentant légal qui formalise avec le contrat d'accueil le début du placement. Le travail avec tous les partenaires est primordial à ce stade. Chacun, à son niveau de compétences, a un rôle à jouer : le tuteur, l'infirmier psychiatrique, le médecin hospitalier, le médecin généraliste. Étant donné la multiplicité des partenaires, il est aussi important d'harmoniser les interventions auprès de la personne et de la famille d'accueil...

On peut aussi se séparer. Si l'essai n'est pas positif, le retour est négocié dans l'établissement d'origine, le temps d'être en mesure de faire une proposition. Avant toute nouvelle proposition, l'échec doit être analysé pour repartir si c'est possible sur de meilleures bases, « ailleurs ». Il peut arriver que le bilan de ce premier placement conduise à réviser la première orientation.

Le suivi du placement

Il est régulier, même si le rythme des visites à domicile varie en fonction des situations. Certaines nécessitent une visite mensuelle ; d'autres une visite tous les deux ou trois mois. Il est souvent plus intensif au démarrage d'un placement ou en cas de « crise », et varie selon qu'il s'agit d'un placement à temps complet ou à temps partiel...

LE PARTENARIAT EN LOIRE-ATLANTIQUE

Le partenariat conventionné

Le Conseil Général a fait le choix de conventionner certains services :

- l'Association de Réflexion Gérontologique de la Seilleraye avec qui le conseil général a signé une convention de placement et de suivi des personnes âgées désorientées, convention élargie ces dernières années aux personnes âgées de manière plus générale. Le travail en partenariat est important avec le médecin et les assistantes sociales de ce service. L'une d'entre elles est invitée régulièrement à participer aux réunions d'information préalable à l'agrément organisées à l'initiative des travailleurs médico-sociaux de la D.I.S.S. pour informer, répondre aux questions des futures familles d'accueil ou des futurs accueillis. Dans certains cas, le service de la Seilleraye peut être sollicité pour envisager le placement d'une personne handicapée vieillissante dont la prise en charge relève plus d'une famille d'accueil pour personnes âgées.

Actuellement, 14 familles d'accueil agréées accueillent 14 personnes âgées.

- l'Association Jeunesse et Avenir avec qui le Conseil Général a signé une convention de suivi de jeunes handicapés mentaux sortant d'instituts médico-éducatifs ou d'instituts médico-professionnels. En plus d'autres services gérés par l'association (IMPro, foyer de vie et service de logement accompagné), le service placement familial est une réponse complémentaire pour orienter les jeunes suivis. Le placement se prépare en partenariat avec la D.I.S.S., et le suivi est assuré par l'association qui sollicite régulièrement l'unité d'accueil familial pour trouver des solutions de dépannage (vacances, maladie de la famille d'accueil) ou pour un avis complémentaire sur des situations complexes

L'association gère actuellement 3 suivis pour 6 personnes placées.

- l'Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés a, par convention, créé son propre service de placement familial qui compte aujourd'hui 9 familles d'accueil salariées de l'association accueillant 12 personnes. Ce dispositif, assez récent (signature de la convention en octobre 1999), est en cours d'évaluation.

Dans tous les cas, le conseil général conserve les missions d'agrément et de formation des familles d'accueil.

Le partenariat extérieur

Les partenaires de l'accueil familial sont nombreux, et chacun a une place spécifique dans ce dispositif complexe.

- les tuteurs (U.D.A.F., A.T.I., Confluence sociale, C.R.I.F.O.) ou les familles prennent en charge l'aspect administratif au démarrage du placement en qualité d'employeurs des familles d'accueil. Leur place dans le dispositif est centrale au point que celui-ci peut être menacé, en danger lorsque le tuteur est absent ou défaillant.

Ils sont là aussi pour aider les personnes à gérer leur argent, pour dire si tel ou tel projet est réalisable (acheter une mobylette, passer son permis de conduire, partir en vacances en séjour spécialisé, rompre ou poursuivre le contrat en cas de désaccord avec la famille d'accueil...).

Ils ont un rôle essentiel dans la réussite ou l'échec d'un placement. C'est pourquoi nous souhaitons les engager bien en amont de la préparation du placement en famille d'accueil.

- l'accueil familial thérapeutique représente 110 places gérées par un syndicat interhospitalier. Le choix a été de refuser le cumul des deux types d'accueil dans la même famille.

Au bout de plusieurs années, certains « patients » considérés comme stabilisés peuvent être admis en accueil familial social, soit dans la même famille d'accueil qui demande alors son agrément, soit dans une autre famille agréée et disponible. Ce passage se fait en concertation avec les deux équipes.

L'inverse peut se produire également lorsque l'accueil familial social ne permet plus à la personne d'évoluer favorablement.

- les 9 foyers occupationnels du département proposent 16 places d'accueil temporaire. À l'occasion des vacances, de séjours de ruptures ou pour des bilans, nous pouvons être amenés à les solliciter pour accueillir temporairement des personnes placées habituellement en familles d'accueil. Le développement récent de l'accueil de jour en foyer occupationnel est une réponse complémentaire qui favorise l'ouverture vers des activités extérieures des personnes placées en famille d'accueil.

Le partenariat avec la psychiatrie publique

Près d'un quart des personnes en accueil familial social viennent d'un service hospitalier de psychiatrie sans compter les demandes qui n'ont pas abouti. Par ailleurs, de nombreux accueillis ont un suivi psychiatrique de secteur, même lorsqu'ils n'ont pas été adressés par la psychiatrie. Et nous sollicitons régulièrement les secteurs pour des prises en charge ponctuelles sur des situations difficiles. Il y a donc beaucoup de contacts entre notre service et ceux de la psychiatrie, contacts que nous essayons de transformer en partenariat.

Nous sommes en effet dans un cadre d'échanges de bons procédés en vue de permettre une meilleure qualité de vie à des personnes handicapées :

- pour les services de psychiatrie, l'accueil familial social représente une porte de sortie socialement intéressante pour des malades chroniques, schizophrènes par exemple, ou pour des personnes « incasables », déments éthyliques de 50 ans par exemple.
- pour l'accueil familial social, l'aide de la psychiatrie est souvent nécessaire au maintien dans la durée d'un accueil familial, cette aide étant très variable dans le temps et dans son intensité.

En pratique, il existe une charte Départementale de Partenariat entre les secteurs de psychiatrie adulte et les structures médico-sociales mais elle n'inclut pas l'accueil familial social. Un réseau est donc tissé dans lequel le partenariat prend forme à l'occasion de situations concrètes, soit lors de la mise en place d'un accueil familial à la demande d'un centre hospitalier spécialisé, soit pour intervenir lorsqu'un accueil social pose des problèmes relevant de la compétence de la psychiatrie.

Dans le premier cas, après avoir vu le patient en consultations et en entretiens, nous sollicitons une rencontre avec l'équipe du service demandeur afin de mieux saisir le profil du patient, et par déduction le profil souhaitable de la famille d'accueil. Lorsqu'une famille d'accueil est pressentie, nous discutons des modalités d'essai, de suivi par le secteur d'origine et de relais au secteur d'accueil, et surtout de reprise en cas d'échec. C'est le point d'achoppement le plus fréquent, mais c'est parfois une condition essentielle pour accepter l'accueil familial social.

Dans le second cas, il arrive que nous demandions au service de psychiatrie d'intervenir auprès d'un accueilli devant l'apparition ou l'aggravation de troubles du comportement qui mettent en péril l'accueil familial. Il peut s'agir d'une personne connue du secteur, mais stabilisée de longue date et n'ayant plus de suivi spécialisé, ou d'une personne jusque-là inconnue des services de psychiatrie. L'objectif est souvent d'essayer de maintenir l'accueil (en y associant la famille d'accueil), mais parfois d'évaluer un changement d'orientation.

Nous souhaitons que cette prise en charge intervienne avant que la situation empire et aboutisse à une rupture de l'accueil, entraînant la démission de la famille et l'arrivée aux urgences psychiatriques de l'accueilli. Or, il est parfois difficile de négocier un rendez-vous si la personne n'est pas connue du secteur de résidence, car la peur de la « récupérer » en hospitalisation au long cours est forte, surtout si c'est un autre secteur qui a demandé le placement à l'origine !

En pratique, il faut donc tenir compte de ces contraintes, variables selon les moyens des secteurs, pour travailler avec la psychiatrie publique.

Il y a beaucoup de contacts téléphoniques, mais nous favorisons les rencontres de synthèse entre équipes qui permettent une meilleure compréhension de nos modes de fonctionnement respectifs. Une de nos préoccupations est d'harmoniser les interventions de nos services dans le respect de la compétence et de la place de chacun.

Quand le partenariat fonctionne bien, nous acceptons en accueil familial social des candidatures «limites» car nous savons que la psychiatrie reprendra la personne en cas d'échec. En contrepartie, si l'accueil réussit, c'est une réinsertion sociale qui tient la route sur le long terme, et l'économie de bien des hospitalisations et de souffrances pour la personne.

Le partenariat avec les médecins traitants

Ils assurent le suivi sanitaire habituel des accueillis, y compris pour le suivi du traitement psychiatrique lorsque l'état est bien stabilisé ou que le manque criant de psychiatres les y oblige. Lors d'un nouvel accueil, le nouveau médecin traitant reçoit les éléments médicaux (certificats, compte-rendu d'hospitalisation, observations médicales, traitement en cours, spécialistes référents si besoin). Nous demandons à la famille qu'une première consultation ait lieu rapidement afin que le médecin ne découvre pas son nouveau patient dans une situation d'urgence (un malade mental peut aussi avoir des antécédents médico-chirurgicaux très lourds).

En cas d'indisponibilité brutale de la famille d'accueil, le médecin traitant est le seul à pouvoir obtenir en urgence une hospitalisation « de dépannage » de l'accueilli, le temps que nous trouvions un autre accueil.

Les autres partenariats

Pour les établissements hospitaliers non-psychiatriques, les rares demandes concernent des démences éthyliques ou des traumatisés crâniens. Les services de médecine cherchent à vider leurs lits, et l'état du patient est rarement assez stabilisé pour envisager l'accueil familial d'emblée. Quant aux services de rééducation, c'est plutôt le manque de famille pouvant accueillir une personne en fauteuil roulant qui limite le partenariat.

En pratique, les choses fonctionnent davantage dans le sens accueil familial social-hôpital, soit pour des soins aigus, soit comme sortie vers des unités de long séjour, soit en derniers recours quand la famille d'accueil fait brutalement défaut (accident, abandon) et qu'on ne peut laisser l'accueilli sur le trottoir. Dans tous les cas, le rôle du médecin traitant est primordial.

Parmi les autres partenaires, citons les centres d'aide par le travail, les autres services de placements, les services de l'aide sociale à l'enfance, les services sociaux de secteur, un centre d'hébergement et de réinsertion sociale.

CONCLUSION

La pluridisciplinarité des métiers et des compétences est une richesse au sein de l'équipe, que nous utilisons au quotidien. Le partenariat existe ; il a été particulièrement accentué ces derniers temps avec les services de psychiatrie, très demandeurs de « solutions » de sortie pour certains patients. De la qualité de ce partenariat dans le respect des compétences et rôles de chacun dépend aussi la réussite de l'accueil familial.

Il a posé problème notamment avec certains organismes tutélaires peu présents sur le terrain parce que surchargés de mesures, et donc peu disponibles.

Il doit se poursuivre auprès de tous les partenaires, y compris au sein même de notre institution, et en particulier autour de la problématique des personnes handicapées vieillissantes.

ACCOMPAGNEMENT DE L'ACCUEIL FAMILIAL : PLACE ET RÔLE DE CHACUN

Christian BISSON, éducateur
Conseil Général de la Manche

La Manche est un département très rural où il y a une vingtaine de centres d'aide par le travail et de foyers occupationnels, et trois importantes institutions psychiatriques. Avant la loi de 1989, ces institutions faisaient appel à quelques particuliers sans statut juridique, et surtout aux maisons de retraite. À cette époque, on a recensé plus de trois cents adultes handicapés et malades mentaux dans les maisons de retraite, ce qui posait vraiment question.

Dans ce contexte, on pensait que la loi de 1989 allait davantage s'appliquer pour les adultes handicapés que pour les personnes âgées. C'est l'inverse qui s'est passé, contrairement à la plupart des départements où la majorité des bénéficiaires de l'accueil familial sont des adultes handicapés. À cela plusieurs raisons : d'abord un fort déficit de places en maisons de retraite, mais aussi leur image (certaines étaient considérées comme des mouirois), et surtout les familles d'accueil qui postulaient n'étaient pas prêtes à accueillir des adultes handicapés du fait d'un manque de préparation à cette perspective. Les adultes handicapés ne représentaient que 10% des personnes hébergées en accueil familial.

Le phénomène s'est ensuite inversé du fait de plusieurs effets croisés : vieillissement des adultes handicapés travaillant en CAT, vieillissement des familles qui prenaient en charge leurs enfants handicapés, ouverture des hôpitaux psychiatriques qui ont procédé à de nombreuses sorties vers l'extérieur d'adultes de moins de soixante ans. Il y avait donc une demande accrue d'un côté, et parallèlement une amélioration des conditions de vie en maisons de retraite ainsi qu'une politique plus opérante de maintien à domicile des personnes âgées.

Les familles d'accueil ont donc été contraintes de changer leur fusil d'épaule. Avec nos informations associées à la formation, elles ont été à même de comprendre la pertinence de l'accueil d'adultes handicapés. La loi de 1989, même si elle est imparfaite, a permis une rencontre (peut-être obligée dans un premier temps) entre la psychiatrie, les services sociaux et les tuteurs, rencontre génératrice de partenariat et d'effets positifs centrés sur le bénéficiaire.

Le suivi des accueils s'est effectué dans de bonnes conditions jusqu'à la création de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie qui a englué les services et se traduit par d'importantes frustrations. Ceci étant dit, nous gardons nos convictions sur la pertinence de l'accueil familial.

L'objectif premier de l'accueillant familial et de son entourage est de fournir à un pensionnaire, dont les capacités physiques ou mentales sont altérées temporairement ou définitivement et qui ne peut plus vivre seul, les meilleures conditions de bien-être et d'épanouissement personnel. Maintenir, améliorer, faire émerger les potentiels, favoriser l'autonomie, développer l'intégration, doivent être les mots-clés pour la famille d'accueil et pour nous.

Les conditions de ce postulat passent par la mise en place d'un cadre affectif, de repères stables ainsi que par la prise en compte d'un secteur géographique approprié aux besoins et aux relations de la personne accueillie. Le lieu de vie deviendra structurant s'il y a équilibre entre les stimulations émanant de l'accueillant (stimulations éducatives, bon positionnement avec la famille naturelle, collaboration avec les professionnels) et les stimulations «naturelles» de l'accueil, de la vie familiale et de la vie sociale.

Un des moyens d'y parvenir est la mise en adéquation de l'offre et de la demande, à savoir que les différentes caractéristiques de l'accueilli correspondent au nouveau lieu de vie qui lui est proposé. Dans l'idéal, ceci suppose l'expression des attentes et souhaits de chacun, mais aussi une connaissance affinée de la personnalité de l'accueillant familial et de celle du bénéficiaire de l'accueil. Dans ce cadre, nous sommes en fait des «facilitateurs d'accueil», nous mettons nos connaissances spécifiques de l'accueil familial au service des professionnels, tuteurs, travailleurs sociaux d'hôpitaux, médecins ou familles. Nous n'avons pas fonction à être maîtres d'œuvre d'un placement. Nous intervenons en tant que personnes ressources. N'étant pas inscrits dans une démarche de service de placement, nous ne pouvons qu'appuyer les professionnels ou les familles qui entreprennent une démarche de recherche d'accueil.

La coordination prend alors toute sa place. Le savoir « qui fait quoi » prend tout son sens et permet de rendre complémentaires et cohérentes les actions de professionnels du social et de la santé exerçant des mandats différents. Le partenariat permet de dégager un interlocuteur privilégié, le tuteur ou toute autre personne, auprès de la personne sujet de l'intervention.

ACCOMPAGNEMENT DE L'ACCUEIL FAMILIAL : PLACE ET RÔLE DE CHACUN - SUITE

Michel LEMONNIER, éducateur
Conseil Général de la Manche

Si l'on faisait un cercle, on pourrait mettre au centre la personne accueillie et, à partir de ce centre, dessiner des flèches en direction des différents intervenants : l'institution d'origine qui est demandeuse, la famille si elle existe, le tuteur, les médecins généralistes ou ceux de l'institution d'origine, la famille d'accueil et le service départemental d'action sociale.

Nous avons schématisé, et c'est forcément excessif, en quoi, par rapport au projet individuel, la phase de préparation est essentielle pour envisager l'accueil familial. Elle doit permettre de repérer les besoins à satisfaire pour réussir l'accueil : hébergement, transports, soins généralistes ou plus spécialisés, loisirs hebdomadaires ou annuels, lieux de travail, gestion des relations avec la famille d'origine, financement...

Notre rôle est d'orchestrer un accueil familial de qualité. Notre place est surtout à côté de la famille d'accueil : d'une part, nous sommes à l'origine de son agrément, d'autre part, nous sommes ses interlocuteurs. Quelques interventions en direction de nos partenaires viennent régulièrement rappeler que l'accueil se fait 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, que la famille met à disposition son vécu et son intimité familiale, qu'elle offre aussi la cohésion de sa cellule familiale. Il y a là un risque énorme. C'est son outil de travail principal, et l'accueilli ne doit pas venir tout perturber. Il y a un juste milieu à respecter et notre rôle se situe principalement à ce niveau. Il n'est pas inutile de rappeler l'absence de formation des familles d'accueil...

Les familles d'accueil se sont plaintes, après avoir bénéficié d'une préparation pour l'accueil, d'être par la suite laissées un peu seules. En cas de soucis, elles se retrouvent désarmées. C'est pourquoi nous sollicitons avec insistance la possibilité d'allers et retours avec l'institution d'origine, pour la sécurité de chacun, et pour éviter la solitude de la famille et les notions de culpabilité et d'échec. Il faut également protéger des familles d'accueil pleines de générosité qui disent qu'elles « vont y arriver », et leur dire : « Attention, il y a des missions impossibles ». Notre travail est aussi de garantir que les conditions d'accueil qui ont justifié l'agrément sont toujours réunies. Dans toutes vies, il y a des décès, des divorces, des situations de précarité qui surgissent. Il faut donc être vigilant et s'assurer que la caution donnée reste d'actualité.

Il y a donc souvent des sonnettes d'alarme à tirer. Une telle approche n'est pas exempte de contrôle, mais l'intervention peut se limiter à du conseil et de la prévention.

Cela permet d'évaluer les points forts et les points faibles de l'accueil pour en dresser un bilan et ainsi mieux préparer l'accueil suivant. Cela permet, non pas d'attribuer une note, mais de donner une connotation à la «qualité» de la famille et d'en ressortir des indices pour réussir un autre accueil. On peut prétendre qu'elle est plutôt capable d'accueillir tel profil (au sens de l'histoire particulière et des besoins spécifiques d'une personne) que tel autre. Cela évite, là encore, l'échec, puis la culpabilité. Ce qui n'a pas « marché » là, c'était peut-être mission impossible. Il faut en tirer des éléments pour recommencer sur de bonnes bases.

En termes de projet, il semble utile de souligner qu'être accueilli en famille d'accueil représente, pour beaucoup d'adultes sortant d'institutions, une étape très importante. Après des années en établissements, le fait d'arriver en famille d'accueil doit représenter un progrès, la reconnaissance de l'autonomie, le droit à être accueilli pour soi-même. Le projet en famille d'accueil doit favoriser ces aspects. Être en famille d'accueil signifie intégration par le loisir, le soin, les vêtements, l'argent de poche. Il nous a fallu parfois être médiateurs, voire être un peu directifs, par exemple pour obtenir qu'un travailleur en CAT, que l'institution faisait suivre par la médecine du travail, aille voir son médecin traitant personnel, dans un but d'autonomie et d'intégration.

Cette mission d'accompagnement ne peut réussir que par le partenariat. Il ne doit pas y avoir de monopole d'une institution sur l'autre.

**LA LOI DU 2 JANVIER 2002 : DE NOUVEAUX OUTILS
À LA DISPOSITION DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES
ET
INFORMATIONS SUR LES TEXTES RÉGLEMENTAIRES
RELATIFS AUX ACCUEILLANTS FAMILIAUX**

Jean-François BAUDURET, conseiller technique
Direction Générale de l'Action Sociale

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a trait aux institutions, établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elle ne touche les accueillants familiaux que s'ils reçoivent plus de trois personnes car dans ce cas ils relèvent de l'autorisation de droit commun alors que, pour le reste, ils relèvent d'un agrément du président du Conseil Général.

Son titre est une imposture : elle ne rénove en rien l'action sociale et médico-sociale, elle rénove l'organisation des établissements et services, et réforme la loi de 1975. Il ne faut pas la confondre avec la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées qui mobilise tous les départements ministériels : les affaires sociales, la culture, la jeunesse et les sports, l'éducation nationale, les transports, l'équipement, le logement.

La loi du 2 janvier 2002 est monoministérielle (les services relèvent des affaires sociales), avec deux exceptions notables : d'une part, depuis les lois de décentralisation, nombre de dispositifs relèvent de la prérogative des présidents de Conseils Généraux ; d'autre part les établissements de la protection judiciaire de la jeunesse concernés dépendent du ministère de la justice. Elle concerne quatre populations : enfants et familles en difficultés, personnes handicapées, personnes âgées, et personnes en situation de précarité et de grande exclusion.

Le secteur social et médico-social représente 24 500 structures, plus d'un million de places et quatre cent mille salariés. Le financement est assuré par l'assurance maladie à hauteur de 53 milliards de francs (enfance handicapée et médicalisation des établissements pour personnes âgées), l'État à hauteur de 9,3 milliards de francs (C.A.T. et C.H.R.S.), et les départements à hauteur de 35 milliards de francs (aide sociale pour l'hébergement des personnes handicapées et des personnes âgées). Le total avoisine cent milliards de francs.

SIX CARACTÉRISTIQUES PRINCIPALES DE NOTRE SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL :

- **L'évolution des pratiques depuis vingt ans.** L'accueil familial est déjà ancien puisqu'on peut le faire remonter au 7ème siècle. En 1975, les établissements accueillaienent entre quatre murs, avec une prise en charge à temps complet. Depuis, les modes de prise en charge se sont diversifiés, et la loi de 1975 n'a pas suffisamment pris en compte cette évolution.

- **Un secteur en expansion face à l'ampleur des demandes à satisfaire.** C'est peut-être un peu moins vrai pour l'aide sociale à l'enfance, mais nous manquons de places et de services pour les handicapés et pour les personnes âgées. À cet égard, les services d'accueil familial sont une solution pertinente. De même, le champ de l'exclusion manque de places d'accueil temporaire, en urgence, pendant les périodes difficiles, notamment pendant le plan «grand froid». L'enjeu de la loi est d'essayer de rationaliser l'expansion de l'offre.

- **Un secteur qui ne pèse pas trop sur la sécurité sociale.** C'est peut-être pour cette raison qu'on obtient plus « facilement » des créations de places dans le secteur social et médico-social.

- **Un secteur très concerné par la décentralisation.** Pour la réforme hospitalière de 1991, la loi était assez simple à construire puisqu'il n'y avait qu'un seul pilote : l'État. Ici, la loi a deux pilotes : le Conseil Général représenté par son président et l'État représenté par le préfet. De plus, la consigne est de maintenir le partage des compétences entre l'État et les collectivités notamment départementales. Il en résulte une double compétence dans bon nombre de champs.

- **Des durées de prise en charge longues.** Ce n'est pas parce qu'on veut dépasser les prises en charge à temps complet et développer des alternatives, dont l'accueil familial, que les prises en charge des publics fragiles concernés seront pour autant courtes. On retrouve là les principales insuffisances de la loi de 1975 : elle ne disait rien sur le droit des usagers et était trop centrée sur les prises en charge à temps complet. D'où des outils peu efficaces pour adapter l'offre aux besoins, et une énorme disparité dans les taux d'équipements. On a longtemps pensé que c'était dû à la décentralisation, mais il n'en est rien. Si on regarde les taux d'équipements en centres d'aide par le travail qui relèvent de l'État, ils peuvent varier de un à cinq, à six, parfois à dix selon les départements. Cela veut dire que la loi de 1975 n'avait pas donné d'outils en termes de planification, de programmation et d'allocations de ressources suffisamment efficaces pour éviter ces disparités.

- **Une absence totale de partenariat organisé.** Les lois de 1982, puis de 1983, et pour ce qui nous concerne de 1986, qui ont partagé des compétences entre l'État et les départements ont finalement défini des champs. Cela me fait penser à la bande dessinée de Lucky Lucke « Ruée sur l'Oklahoma » où les gens se sont partagé des champs, ont mis leur nom sur leur propriété, l'ont entourée de barbelés et ne se sont pas du tout préoccupés des passerelles à organiser d'une propriété à l'autre pour pouvoir circuler. On constate donc une absence de partenariat entre l'État et les départements, entre les établissements et les services. Les établissements sociaux et médico-sociaux ont tendance à vivre en autarcie et n'ont pas l'habitude de se coordonner les uns avec les autres pour développer des complémentarités, sans parler du nécessaire décloisonnement à instaurer entre le sanitaire et le social, et enfin entre les tarificateurs et les acteurs. Les procédures de contractualisation à développer n'existaient pas dans la loi de 1975.

LES ORIENTATIONS DE LA LOI : affirmer et promouvoir les droits des bénéficiaires, élargir les missions de l'action sociale, diversifier la nomenclature des établissements, services et interventions, et améliorer les procédures techniques de pilotage du dispositif.

C'est une loi principalement organisationnelle dont les droits des usagers constituent l'un des aspects centraux. La loi ne se contente pas de définir des droits fondamentaux, elle tente également de définir de nouveaux outils permettant l'exercice de ces droits :

- le livret d'accueil,
- la charte des droits et libertés affichée dans tous les établissements et services,
- le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge,
- le règlement de fonctionnement de l'établissement (document où sont autant évoqués les droits que les devoirs des usagers),
- le projet d'établissement fondé sur un projet de vie et d'animation,
- la participation des usagers sous trois formes prévues par le décret : le conseil de la vie sociale, notamment lorsqu'on fait des prises en charge sur un site bien identifié, des groupes d'expression où le mode de désignation des représentants des usagers est beaucoup plus souple que dans le conseil de la vie sociale, et enfin des enquêtes de satisfaction.

Le principe du conciliateur-médiateur en cas de conflits entre les usagers, leur entourage et les équipes n'a pas été retenu alors que cette fonction, à équidistance entre l'utilisateur et l'institution, permet de rapprocher les points de vue et s'avère préventive de contentieux.

LA RÉNOVATION DE LA GAMME DES ÉTABLISSEMENTS, SERVICES ET INTERVENTIONS

La loi a prévu une diversification maximale des modes de prise en charge. Autrement dit, tout est possible : le permanent, le temporaire, le séquentiel ; avec ou sans hébergement ; à temps complet ou partiel ; en internat, semi-internat, externat ; en institution, en accueil familial, au domicile, en milieu ouvert...

Tout le problème est de parvenir à tarifier ces structures et ces modes de prise en charge, y compris séquentiels, et de pouvoir en plus favoriser la combinaison de plusieurs prises en charge à temps partiel. En effet, il peut arriver que la combinaison de deux prix de journée de deux prises en charge soit supérieure au prix de journée d'une prise en charge traditionnelle. Il s'agit donc de faire un choix : utiliser la diversité des possibilités nouvellement offertes pour améliorer la situation d'une personne handicapée ou en rester aux prises en charge traditionnelles.

Un autre point important est l'introduction de nouvelles catégories dans la nomenclature des établissements telle que nous la connaissons (I.M.E., M.A.S., F.D.T...) sous forme de centres de ressources à destination des personnes atteintes par exemple d'un handicap rare, d'autisme ou de la maladie d'Alzheimer...

Dans le champ du handicap, nous avons les Services d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile qui permettaient de maintenir l'enfant handicapé dans son milieu ordinaire et de favoriser son intégration scolaire, mais nous n'avons pas l'équivalent pour les adultes. Dorénavant, les Services d'Aide Médico-Sociale pour Adultes handicapés sont des équipes mobiles permettant le maintien à domicile et l'accompagnement en milieu ouvert pour favoriser l'intégration professionnelle en milieu ordinaire ou protégé et l'accès à la culture, au sport... De nombreuses autres solutions ont été retenues dont des structures d'accueil pour handicapés vieillissants car leur prise en charge ne s'assimile pas à celle des personnes âgées. Il y a une certaine spécificité du handicap.

Les services d'aide à la personne à domicile ne rentraient pas dans le cadre de la loi de 1975 ; dorénavant, c'est le cas. Nous avons donc des services mobiles qui viennent élargir le champ d'application de la loi. Quant aux appartements de coordination thérapeutique qui ont été inventés pour les malades du sida, ils vont être élargis aux patients atteints de maladies chroniques dégénératives invalidantes. Ces appartements sont au croisement d'une pathologie lourde de au long cours et d'une situation sociale précaire : du C.H.R.S. à domicile et sur mesure.

Venons-en aux lieux de vie et d'accueil qui sont à la lisière de la loi et de l'accueil familial. Les apôtres de la contre-culture issue des années 60 qui en sont les acteurs ont une capacité extraordinaire, le « vivre avec », que possède aussi l'accueillant familial. Ils reçoivent des personnes envoyées par les Conseils Généraux, les juges des enfants, les secteurs de psychiatrie... Il était important de les reconnaître, en leur conférant un statut particulier qui ne les oblige pas à « passer sous les fourches Caudines » de la planification et d'une tarification rigide.

Et qu'en est-il de ce qui n'entre pas dans la nomenclature ? L'administration centrale fait preuve d'inventivité pour assouplir les prises en charge, mais en même temps elle est prudente car elle sait que les professionnels vont penser des réponses qu'elle ne saura pas où classer. Il en résulte un régime d'expérimentation au plan national, au niveau déconcentré (préfet), au niveau décentralisé (président du Conseil Général), au niveau mixte (par exemple Conseil Général/État). On pourra ainsi expérimenter des prises en charge innovantes, des dérogations à des normes, des panachages de publics, des dérogations d'âge, des aires de desserte sur plusieurs départements, voire sur plusieurs régions et interrégions, des partenariats innovants, des dérogations aux modes de tarification en vigueur. Un préfet pourra par exemple proposer une tarification adaptée à l'expérimentation que l'on veut développer.

Par ailleurs, ces expérimentations se voient conférer un régime particulier, à savoir qu'elles sont autorisées pour cinq ans. Si l'évaluation conduite au bout de ce délai est positive, elles sont reconduites pour cinq ans. Si, après cinq autres années, la deuxième évaluation est toujours positive, elles entrent dans le droit commun des autorisations afin de garantir leur pérennité.

Enfin, la planification se compose de trois types de schémas : un schéma départemental, des synthèses régionales, et un schéma national pour le handicap rare par exemple.

LES AUTORISATIONS

L'autorisation est subordonnée à l'existence du financement. Auparavant, on pouvait autoriser même en l'absence de financement, ce qui ressemble fort à une injonction paradoxale. Comment mettre en œuvre une autorisation dès lors qu'on n'a pas les moyens de la réaliser ? On délivrait donc, comme au temps des assignats de Law sous la régence de Philippe d'Orléans, de la fausse monnaie sans avoir les moyens de financer.

Dorénavant, lorsqu'un promoteur se verra refuser son autorisation faute de budget, si nous obtenons des crédits dans les trois ans, nous transformerons l'arrêté de rejet en arrêté d'acceptation, sans qu'il repasse devant le comité régional d'organisation sociale et médico-sociale.

Le dispositif des « fenêtres » prévoit que les projets de même nature sont déposés et examinés en même temps, ce qui permet de sélectionner les meilleurs. Le décret instaure trois fenêtres par an d'une durée de deux mois au maximum, ou une fenêtre par an d'une durée de deux mois. Selon les besoins, les D.R.A.S.S. et les Conseils Généraux en détermineront le calendrier.

Les critères de classement en attente de financement fonctionnent toujours : degré de compatibilité du projet avec les schémas. L'autre critère concerne les établissements financés par l'État pour lesquels le taux d'équipement départemental va primer.

L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ

Seule avait été prévue une obligation d'autoévaluation de la qualité, sur la base de référentiels validés par un conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale. Le Parlement a imposé d'une part que cette autoévaluation soit communiquée à l'autorité ayant délivré l'autorisation tous les cinq ans, et d'autre part une évaluation externe tous les sept ans, le renouvellement tous les quinze ans étant exclusivement subordonné au résultat de cette dernière. Autrement dit, le renouvellement de l'autorisation est exclusivement fondé sur la qualité.

Les accueillants familiaux sont exonérés de ce dispositif, sauf ceux qui reçoivent plus de trois personnes et qui sont soumis au régime des autorisations de la loi du 2 janvier 2002.

Les opérateurs chargés de l'évaluation externe devront respecter un cahier des charges défini par décret : indépendance de l'organisme vis-à-vis des pouvoirs publics et des établissements, obligation d'utiliser les référentiels validés par le conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, respect de principes méthodologiques car une évaluation n'est jamais toute bonne ni toute mauvaise et il faut savoir en interpréter les résultats.

À terme, nous aurons certainement une agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale, c'est-à-dire un établissement public autonome doté d'un conseil d'administration, d'un directeur, de méthodologistes...

LA COORDINATION

Concernant les relations entre État et départements, il y a obligation d'une convention entre le préfet et le président du Conseil Général, notamment mais pas seulement, sur le champ de la double compétence de façon à déterminer des règles de pilotage et des objectifs communs.

L'accueil familial peut être partie prenante des conventions dès lors qu'il est positionné sur le plan des procédures de pilotage, des moyens à mobiliser, des procédures de concertation entre décideurs, de l'harmonisation des schémas départementaux du handicap ou des personnes âgées... Même s'il n'est pas planifié en tant que tel, le schéma peut prévoir son développement.

La coordination peut également s'exercer entre les protagonistes : on peut définir des formules de coopération entre établissements et services, des groupements d'intérêt économique ou public, des syndicats interétablissements, des groupements de coopération sociale et médico-sociale. Il est important, dans le cadre du décloisonnement du sanitaire et du social, qu'un établissement social puisse adhérer à une formule de coopération hospitalière, sanitaire ou à un réseau ville/hôpital par exemple, et qu'inversement un établissement de santé puisse adhérer à une formule de coopération sociale et médico-sociale.

Si l'on veut développer des réseaux sociaux et médico-sociaux coordonnés et décloisonnés du sanitaire, nous avons des « boîtes à outils » de coopération dans la législation hospitalière et dans la législation sociale, et des passerelles.

L'ACCUEIL FAMILIAL

La loi du 17 janvier 2002 a favorisé la qualité du service en renforçant à la fois le droit des accueillants et celui des accueillis. Par ailleurs, elle a uniformisé les modalités d'accueil dans le cadre d'un contrat type. C'est un point important puisque, jusqu'alors, les pratiques entre les départements étaient extrêmement disparates.

De plus, elle a accru la professionnalisation des accueillants en instaurant plusieurs mesures : le droit aux congés payés, la garantie d'une couverture sociale, l'abandon de la référence au minimum garanti pour ce qui concerne les émoluments principaux dorénavant fixés par rapport au S.M.I.C., et la possibilité d'être salariés, avec leur accord et celui du président du Conseil Général, par des personnes morales dans le cadre de services d'accueil familial.

Il y a deux décrets d'application et un arrêté :

- un décret d'application en Conseil d'État qui est un décret de procédure : il précise les modalités d'instruction de la procédure d'agrément, la durée de l'agrément, les modalités de contrôle et de suivi, la procédure de retrait, la composition de la commission consultative de retrait d'agrément, et les modalités d'accueil spécifique des adultes handicapés. Pour ces derniers, on a considéré qu'il fallait quelques dispositifs particuliers qui se distinguent du droit commun;
- un décret simple à caractère financier qui fixe le minimum de rémunération pour services rendus, ainsi que les minima et maxima d'indemnités en cas de sujétions particulières et d'indemnités représentatives de frais d'entretien ;
- un arrêté qui fixe le contrat type d'accueil.

À titre indicatif (avant validation et avant négociation), le montant minimum de rémunération journalière pour services rendus serait égal à 2,2 fois la valeur horaire du salaire minimum interprofessionnel de croissance. S'agissant des sujétions particulières d'une part, et de l'indemnité représentative des frais d'entretien d'autre part, ces frais s'échelonnaient pour chacun dans une fourchette d'une à quatre fois le minimum garanti.

Cet échelonnement serait fonction des taux d'incapacité ou des degrés de perte d'autonomie des personnes accueillies. Pour les personnes âgées, la grille A.G.I.R. résout la difficulté, mais pour mesurer le degré d'accompagnement d'une personne handicapée, nous n'avons aucun moyen et il est possible que nous n'en ayons ni dans un avenir proche, ni jamais. Pour une personne handicapée qui aurait eu le même taux d'incapacité, qui aurait été classée de la même manière par la C.O.T.O.R.E.P., les charges d'accompagnement peuvent varier de un à dix. Vu la difficulté extrême, l'évaluation risque de se faire sur une base moins «scientifique» ou objective que pour les personnes âgées.

Tant que ces textes ne sont pas publiés, la loi du 10 juillet 1989 est toujours en vigueur, et notamment ses décrets d'application qui datent de 1990. C'est une règle de droit général : tant que les nouveaux décrets ne sont pas venus remplacer les anciens, ceux-ci continuent à vivre.

L'ACCUEIL FAMILIAL SOCIAL, ALTERNATIVE À L'INTERNAT

Alain ROCCI, chef de service
PFS du Centre d'Accueil Spécialisé
Forcalquier (04)

1. PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE

Le placement familial spécialisé fonctionne depuis 1990 pour 58 adultes handicapés pris en charge par 33 familles (27 « fixes », 4 de relais, 2 de vacances). À l'origine, l'éloignement maximal des familles d'accueil était fixé à 40 kms. Depuis 1996, l'extension du service sur l'ensemble du département se traduit par un regroupement par deux des familles dans une proximité relative, afin de se soutenir ou de rompre un éventuel isolement.

1.1. Approche générale

Le premier point fort est l'aspect spécialisé qui recouvre le suivi de l'équipe pluridisciplinaire, c'est-à-dire qu'à aucun moment l'usager et l'accueillant ne sont seuls ou livrés à eux-mêmes. Il s'agit bien d'un placement en institution, mais sous forme de mini-structures éclatées. La principale variante est que l'encadrement au quotidien est assuré par une famille, avec un fonctionnement donnant la place à chacun des intervenants selon un ordre inhabituel, à savoir d'abord l'usager et l'accueillant, puis l'institution avec son administration, son suivi et accompagnement, son contrôle, et d'autres intervenants possibles.

Le point fort de cette unité réside dans la possibilité offerte aux familles d'accueil de se ressourcer, de consacrer du temps à elles-mêmes, à leurs enfants et amis, à leurs loisirs. À ce niveau de la réflexion, il est apparu nécessaire de mettre en place des « familles relais » associées à un service d'accueil de jour institutionnel. Ces deux éléments permettent aux familles « fixes » une coupure dans la prise en charge.

La loi 10 juillet 1989 donnait la possibilité aux établissements et services habilités de mettre en place de tels dispositifs (à travers l'article 5 titre II). Ceci n'est que le prélude à la conceptualisation d'une prestation qui se devait de répondre à des indications touchant à la fois les utilisateurs, les prestataires, les financeurs sans oublier l'adaptation des moyens ou la réponse aux besoins. Tous ces éléments pris un à un recèlent un fourmillement de questionnements, de réponses et de sensibilités diverses. Il fallait donc organiser le dispositif.

1.2. Le concept et les buts recherchés

Un adulte handicapé est orienté par la COTOREP à l'âge de 20 ans vers un établissement où il peut passer toute son existence. C'est la constatation de cette réalité, avec la mise en marge qu'elle génère, qui est à l'origine de notre recherche de qualité et d'adaptation institutionnelle. La question de base pourrait être la suivante : comment rendre à la société ce qui fait partie d'elle-même ? Cette question est posée comme un acte professionnel et de citoyen. Ceci aux fins de s'impliquer encore plus dans la recherche de solutions au problème de l'accueil en milieu ordinaire des personnes adultes handicapées comme d'ailleurs des personnes âgées.

On trouve là notre motivation première : faire vivre la personne handicapée dans la société dont elle fait partie intégrante, et que cette société la voit vivre et assume sa présence en partageant avec elle la vie de la cité. Certes, tous les handicapés ne peuvent prétendre à ce type de vie socialisée, mais pour ceux pour lesquels c'est possible, il s'agit d'un objectif important.

L'accueil familial est un instrument connu et utilisé au cours du temps pour des populations en difficultés, et notre idée a été de l'institutionnaliser à partir de règles adaptées aux utilisateurs et aux divers partenaires.

1.3. Le projet de vie en accueil familial

Il s'articule autour de trois idées fortes :

- tout d'abord, l'aide à la vie dans tous les instants de la journée, en tenant compte des potentialités et aptitudes de la personne handicapée, en essayant de maintenir les acquis et d'aller vers des acquisitions nouvelles dans la recherche d'une autonomie relative dans le quotidien.

Il s'agit à la fois d'une prise en charge personnelle, notamment à travers l'approche corporelle, l'apprentissage de l'hygiène, la relation à la nourriture, au sommeil, et en même temps des plans plus matériels de la relation avec ses vêtements, ses objets personnels, de l'investissement de son espace de vie personnel, de l'implication dans la vie collective. Ce mode d'action se situe dans le cadre de « soins à donner à la personne » au sens général du terme.

- ensuite, l'aspect relationnel présent dans les moments de la prise en charge. C'est à l'évidence un point fort dans ce mode d'accueil car l'adulte handicapé a en référence une ou deux personnes avec le plus souvent la relation à des enfants. Ce lien qui se crée inévitablement sur le long terme permet une évolution au jour le jour. L'usager bénéficie alors de quatre éléments primordiaux : le respect de son rythme, une grande stabilité de vie, une référence d'encadrement limitée, un cadre favorisant l'écoute et l'expression. Son mode relationnel peut être appréhendé par la personne qui l'accompagne au quotidien, qu'il soit oral, comportemental ou somatique. La confiance qui s'installe avec le temps est essentielle. On ne peut aborder l'aspect relationnel de l'accueil familial sans évoquer en corollaire la charge affective qui s'y rattache. Sans systématiquement envisager une relation affective forte entre accueilli et accueillant, le partage au quotidien, la vie commune basée sur l'aide et l'acceptation, créent des liens au fil des jours. L'accueil familial représente donc, par son ouverture relationnelle, une base stable à l'évolution d'un usager.

- enfin, le maintien d'un lien social. La personne adulte handicapée est en situation sociale : elle vit dans une maison au milieu d'autres, connaît les voisins, les commerçants du village (beaucoup de résidents vont seul faire de petites courses rituelles), va chercher les enfants à la sortie de l'école et les accompagne aux activités sportives, participe aux fêtes de famille.

Elle n'est plus handicapée, mais l'un des membres d'un groupe familial.

Dans cette réalité de fonctionnement, ces trois éléments d'aide à la vie, d'aspect relationnel et affectif, de maintien du lien social, sont très imbriqués au cours de la prise en charge. Ils mettent en évidence deux problématiques : tout d'abord, la correspondance entre le projet d'établissement et le rôle possible joué par une famille d'accueil dans un cadre défini prenant en compte les aspects physique, psychique, affectif et social d'un adulte handicapé ; ensuite, ils tracent un cadre général au profil des familles d'accueil par rapport à nos attentes : disponibilité, attention, acceptation, capacité d'intégrer un projet.

1.4. Les règles de fonctionnement

Bien entendu, l'espace de vie proposé par une famille n'est pas suffisant en lui-même et il faut lui donner du sens d'abord par le projet guidant la prise en charge. Quelles sont les exigences et la commande précise du savoir-faire, du savoir-être et donc du quoi et comment faire ? L'adulte handicapé accueilli est toujours abordé comme une personne à part entière avec sa dignité, mais aussi sa fragilité et son incapacité. Ses désavantages sont vus comme des points à palier, à surmonter, à vaincre. Ils ne doivent pas inhiber l'action ou les initiatives appropriées et ajustées avec les recommandations permanentes de vigilance, de prudence, de sécurité. Ces recommandations exigent une prise de risques mesurée et réfléchie.

Afin de réguler ces actions et interactions, des règles de fonctionnement ont été mises en place. Composées de quatorze fiches, elles se présentent sous forme d'un dossier mis à disposition des familles d'accueil avant leur recrutement et durant la première semaine de contact. S'y adjoint une fiche signalétique sur le placement familial spécialisé. Ce document délimite le service au sein de l'établissement et des diverses unités fonctionnelles, et précise la réglementation et les textes qui régissent cette activité. Ces règles sont données pour lecture et questionnement au moment du premier contact avec le résident lors du stage de sensibilisation.

Le jour du recrutement, marqué par la signature du contrat de travail, il est remis un exemplaire de ces règles de fonctionnement à chaque accueillant. La remise du dossier donne lieu à un échange approfondi sur son mode d'emploi à l'aide de questions et de réponses.

2. LA FAMILLE D'ACCUEIL : UN CONCEPT MULTIFORME

2.1. Définition et mode d'accueil

La famille d'accueil, c'est d'abord un ensemble de personnes et un lieu accueillant qui se définit par sa façon d'être et de recevoir. Pour accompagner le quotidien des adultes handicapés, le fonctionnement socio-familial est spécifié et qualifié par la façon de vivre, les comportements, les modes relationnels. Cela se prolonge au fil des années dans un cadre de technicité et de professionnalisme.

L'accueil à domicile de personnes handicapées a sa place sur l'échiquier des professions sociales.

Pour parler des familles d'accueil, il est primordial de préciser que l'accueil est globalement assuré par le jeu complémentaire de trois modes différents : les familles fixes, les familles relais, les familles vacances.

Chaque type de familles propose des prestations spécifiques et a une place dans l'organisation du placement familial spécialisé. Nous allons en préciser les caractéristiques.

2.2. Les familles fixes

Elles composent le noyau du placement familial. Leur mission est clairement définie par leur contrat de travail, les règles de fonctionnement et le projet d'accueil individuel. Agents de l'établissement, elles ont en charge une ou plusieurs personnes adultes handicapées, et cela constitue leur unique activité professionnelle.

Notre attente principale quant à leur action est que l'utilisateur soit inclus dans la vie familiale, qu'il partage le cadre de vie et les événements familiaux au quotidien.

On peut distinguer deux types d'accueil :

- l'accueil chez le particulier : une seule personne est salariée et se verra confier un ou deux résidents, ceci en tenant compte de son choix, des potentialités d'accueil, des contingences logistiques (la loi exige une pièce de 9 m² pour une personne ou 16 m² pour deux résidents du même sexe), et de la constitution de la famille dont le nombre d'enfants présents au domicile. On trouve, dans cette catégorie, des personnes seules ou mariées, le conjoint ayant alors une activité professionnelle, mais étant considéré comme partie prenante de l'accueil ;
- le couple d'accueillants : le couple est salarié par l'établissement et se consacre totalement à l'accueil des trois adultes handicapés. Le logement de la famille est mis à disposition par l'établissement. Le nombre de trois résidents est la conséquence de la recherche de l'équilibre entre l'apport financier et le souci de préserver une vie familiale. Il est énoncé dans la loi du 10 juillet 1989 et amène une masse de travail qui peut être assumée par un couple avec des enfants.

Le rythme de travail repose sur deux exigences fortes : d'une part donner aux familles fixes des plages de repos régulières, d'autre part avoir un contact avec les résidents. Avec l'expérience, le rythme de trois semaines travaillées pour une semaine de repos a paru présenter un bon équilibre, avec en plus, une fois par an, trois semaines de repos consécutives. Les familles fonctionnent donc sur un tableau de service annuel avec 37 semaines travaillées et 15 semaines sans résidents de façon régulière.

Le choix d'une organisation préservant des temps de coupure, indispensables face à la lourdeur de la tâche, a comme incidences la mise en place de familles relais et vacances, complémentaires aux familles fixes, et d'un accueil à la journée au sein de l'institution qui assure une prise en charge des résidents et un soutien aux familles d'accueil.

2.3. Les familles relais

Les «familles relais», installées sur le « territoire » de l'établissement sont sans enfant ou avec des enfants déjà élevés. Ces derniers deviennent des auxiliaires de leurs parents en participant à la synergie familiale. La commission interne de recrutement se détermine à partir d'un projet spécifique pour ce type de mission : la visée éducative et sociale est moins marquée car il s'agit d'accueil temporaire et régulier.

Par ailleurs, ces familles jouent un rôle très important dans l'observation des comportements et attitudes des adultes accueillis. Leur mobilité et la régularité de l'accueil permettent d'évaluer les potentialités d'intégration, et de noter les acquis face à des situations concrètes telles l'hygiène, les tâches familiales, l'occupationnel, la maîtrise des espaces et la mémoire des lieux, l'adaptabilité à des situations nouvelles et inhabituelles. Cette mission contribue à la vigilance, et alimente les débats sur chacun des résidents en y apportant des points de vue différents qui représentent un complément pour l'équipe.

Les familles relais confient dans la journée les résidents au service d'accueil de jour avec lequel elles travaillent en complémentarité. Elles assurent les temps familiaux et les week-ends et sont souvent assimilées à une mini-structure. Chaque semaine, elles accueillent un groupe de cinq résidents. Pour le suivi régulier, elles ont en charge quinze adultes handicapés. Cette mission est gérée par quatre familles relais, logées à l'intérieur du périmètre de l'établissement. Les lieux de vie ont été conçus par l'établissement en tenant compte de la charge d'accueil conséquente et de la mission des familles relais.

2.4. Les familles vacances

La réflexion sur le temps de repos des familles d'accueil et de leurs remplaçants a abouti à promouvoir «les vacances» des accueillis au même titre que celles des accueillants. C'est ainsi que l'idée de suppléer les familles relais par des familles vacances fut concrétisée.

Le principe est de donner un temps de vacances dans un lieu conçu pour cela au sein du dispositif. Deux familles d'accueil vacances ont été recrutées. Elles sont et restent des accueillants dont les lieux et les « outils » sont appropriés à une pratique vacancière. Chacun des adultes handicapés placés dans le service va ainsi passer trois semaines dans l'année dans l'un des deux lieux aménagés pour cela.

Notre attente repose sur la même idée d'observation face à l'hygiène, la participation aux tâches quotidiennes, l'occupationnel, le relationnel, mais avec la particularité d'un espace nouveau, d'un rythme de vie et de centres d'intérêts différents du reste de l'année.

2.5. Précisions administratives

Les familles sont liées à l'établissement par un contrat de droit privé à durée indéterminée. Le contenu de ce contrat interne tient compte de la nature de la prestation et prévoit une rémunération spécifique, dans l'attente de textes précisant la nature juridique dont relèverait l'accueil des adultes lourdement handicapés prévu par l'article 5 de la loi n° 475 du 10 juillet 1989.

Le lien juridique est contenu dans les termes du présent contrat et relève de la responsabilité contractuelle (Code civil – 3° relatif aux obligations, contrat...).

Le statut public de l'établissement est déterminant en matière de procédure judiciaire. Ainsi la prestation contractée relève du droit privé. La rémunération est prévue dans le contrat.

3. L'INSTRUMENTALISATION DU SYSTÈME

3.1. L'accueil de jour

Dans la recherche de la mise en place d'un placement pour adultes handicapés hors établissement mais en bénéficiant de la logistique institutionnelle, le concept et la cohérence imposent l'existence d'un service d'accueil de jour. Il représente, en complémentarité avec les familles, l'autre pierre angulaire du fonctionnement.

Situé au sein de l'institution dans les locaux d'une ferme restaurée, il accueille cinq jours par semaine les quinze résidents dont les familles sont en repos. Ainsi, à travers un roulement de quatre semaines types, l'équipe entretient des relations et peut observer tous les adultes handicapés placés. C'est là que se joue l'aspect évolution, accompagnement, soutien et régulation.

Il est également l'endroit où se planifie et se gère l'ensemble du dispositif. Enfin, il représente un lieu de ressources où les familles d'accueil savent pouvoir exposer leurs problèmes. L'accueil de jour apporte au service la complémentarité indispensable à son fonctionnement de service spécialisé.

Par sa technique d'aide, d'accompagnement et de régulation, il renforce le « S » de P.F.S. Le mot spécialisé exprime une exigence professionnelle réfléchie et concrète. En effet, les rôles et missions confiés à cette structure sont d'une importance capitale pour la crédibilité de l'ensemble du système. Un dosage approprié a présidé à la composition de ce service, en recherchant la collaboration de plusieurs qualifications différentes, à savoir des éducateurs spécialisés, des aides médico-psychologiques, et des éducateurs techniques.

Le chiffre de soixante usagers permet, à travers une répartition en quatre groupes de quinze résidents, le passage sur l'accueil de jour de tous les usagers sur un mois (quinze par semaine).

3.2. La procédure de soutien

Cette fonction est attribuée à une professionnelle qualifiée en éducation spécialisée et surtout bien expérimentée dans ce type de prestation. Elle a, auprès des familles d'accueil, un rôle d'écoute très rapproché. Il ne s'agit ici ni d'une hiérarchisation, ni d'un contrôle. Il faut souvent rappeler ces principes afin de ne pas céder à la tentation facile venant des familles d'accueil qui serait celle de se déposséder d'une légitimité en confiant ses problèmes à celui qui va les résoudre ou les prendre en charge. La nature de cette mission est bien d'accompagner l'accueillant dans sa charge, de l'aider à entrevoir lui-même les solutions et surtout d'en parler le plus naturellement possible. Ce naturel, dans une relation rapprochée voire individualisée, ne doit pas être chargé de confidentialité ou de complicité.

La mission est claire : la personne accompagnante n'est pas une confidente, mais une professionnelle sur qui repose la charge d'aider, de comprendre et d'analyser les situations. Elle a la possibilité de prendre du recul, de vérifier les trajectoires et l'authenticité des faits. Elle peut et doit alerter en cas de déviance, dérive ou perturbations chroniques. La sincérité dans la démarche est garante de la mission. Elle doit éviter toute tentation de se transformer en porte-parole des accueillants. Le principe fondamental de sa mission est, et restera le mieux-être des personnes handicapées à travers l'action et la qualité de la prestation des familles d'accueil.

Afin de circonscrire au mieux la mission confiée, il sera utilisé un outil permanent : le projet individualisé. Il s'agit ici d'un document réalisé en partenariat avec chaque accueillant ou chaque couple et pour chacun des accueillis. Il s'articule autour d'une grille à deux pôles :

- le premier recèle les informations sur les potentialités, les manques, les difficultés, les handicaps de chaque personne placée, le tout selon une codification simplifiée pour donner le même sens à tous les acteurs ;
- le second pôle apporte des propositions d'action, c'est-à-dire « l'AGIR » de chaque intervenant. Notre A.G.I.R. identifie les différents thèmes d'actions à mettre en place :

A = Apprentissage : acquis possibles, nécessaires,

G = Garantir les acquis, les affiner, les compléter,

I = Intervenir, soutenir une démarche de sollicitation,

R = Régression : rappeler, répéter, bref faire repousser et retarder la régression.

Ce projet n'est pas figé et doit être actualisé tous les ans. Par ce moyen et à travers cet outil, il est donné à la personne chargée de la mission de soutien des familles d'accueil un cadre précis d'intervention. Le lieu de travail se situe à l'écart du service de l'accueil de jour et des lieux d'habitation des familles, ceci pour garder une intimité, une distance et donc éviter toute approche fusionnelle qui réduirait le champ d'intervention.

L'éducatrice en charge de cette fonction apporte à l'équipe des évaluations éducatives et pédagogiques pour chacun des usagers à l'intérieur des familles d'accueil.

3.3. Le contrôle sur site

La mission confiée à l'établissement d'accueil des personnes handicapées oblige non seulement à la théorisation de la prise en charge et de sa pratique, mais aussi à être pragmatique face aux risques de tous genres. L'histoire de l'accueil des personnes fragiles et sans défenses est riche de déviances, dérives, malversations et maltraitements. L'accompagnement va se faire avec l'évaluation et l'action. Ces approches ne se télescopent pas car chacun agit dans sa sphère propre. Certes, nous devons être vigilants et agir toujours dans l'intérêt de ceux qui nous sont confiés, mais un garde-fou est plus qu'indispensable : c'est une obligation.

Les courts séjours en établissement peuvent nous apprendre bien des choses sur l'évolution des adultes handicapés. Conçus partiellement pour cela, ils ne sont cependant pas suffisants en matière de protection et de surveillance. La notion d'un certain « contrôle » est présente. Ainsi faut-il appréhender l'accompagnement comme une surveillance de tout moment, mais aussi comme une garantie qui labelliserait le type d'accueil. Aussi, il est certain que les visites sur sites successives non « entachées » donnant lieu à un retour écrit positif, daté et signé par les deux composantes portent en elles un crédit important qui valorise la prestation fournie et devient un référentiel. Celui-ci peut, en cas de nécessité, être utilisé au bénéfice de l'accueillant si des problèmes ou des difficultés surviennent dans le futur.

Ces rencontres sont actives car elles interviennent dans un cadre d'employeur à employés. En effet, à l'encontre de la personne chargée d'accompagner qui n'est pas astreinte à établir des rapports sur ses relations avec les accueillants (sauf en cas d'alerte), l'accompagnant sur sites établit des rapports circonstanciés selon une grille conçue à cet effet par le chef de service. Ces rapports lui sont remis et il en fera l'usage qu'il convient, dont celui d'agir sur une composante financière identifiée comme « prime sur la valeur de la prestation » : elle s'inspire de la prime de service octroyée aux autres personnels du service public, et est une des composantes minimales du salaire, liée à la bonne application du projet d'accueil individuel. Un manquement grave dans la prise en charge des résidents peut conduire à sa suspension ponctuelle. Cependant, l'usage de ce dispositif est tempéré et ne peut s'appliquer qu'après toutes les autres dispositions (soutien, aide, entretien, puis avertissement).

La personne chargée des visites sur sites les programme à sa guise selon des règles pré-établies et selon un schéma qui tient compte des jours de la semaine et des heures de visites. Elle peut aussi agir sur commande du chef de service. Elle est totalement déchargée des résidents, afin de ne pas confondre sa mission avec celle de ses collègues. Cette désimplication est volontairement recherchée pour donner tout son sens au mot accompagnement et contrôle sur site.

Le profil de poste a été longuement réfléchi afin de circonscrire les missions de ce travail vécu comme difficile mais nécessaire à la pérennisation du service. Les comptes-rendus sont pour l'équipe la vision du vécu réel à l'intérieur de chacune des familles.

3.4. La formation des familles d'accueil

Les familles d'accueil représentent à l'origine un personnel non formé. Eu égard à la loi et à notre souci institutionnel, l'utilité de la formation s'imposait dans la mise en place d'une méthode d'accueil faisant appel à des non-professionnels. Elle constituait le passage obligé dans la réalisation d'une nouvelle mission et a pris, au fil des ans, des formes diverses liées à l'évolution des agents et la recherche d'une plus grande professionnalisation.

Nous avons commencé par une formation institutionnelle dite de sensibilisation étant donné le niveau scolaire et les parcours hétérogènes des familles, qui a duré cent vingt heures réparties sur cinq mois. Elle a été menée par des professionnels de l'établissement sur des thèmes relevant de leur champ de compétence : le psychiatre (le patient), le psychologue (l'être), le cadre socio-éducatif (le quotidien), la surveillante (les soins), le directeur (le droit des usagers). Le deuxième niveau de formation a été constitué par le passage du diplôme de premier secours par toutes les familles.

Le dernier programme de formation mis en place était plus ambitieux. Il s'agissait de proposer un cursus permettant d'une part une qualification et une meilleure connaissance de la fonction d'accueillant, et d'autre part un moyen de se recycler en cas d'usure dans leur fonction. Le contenu, la sélection et la sanction furent sérieusement étudiés sous ces deux angles. Le choix s'est finalement porté sur le Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide à Domicile (décret du 30 novembre 1988), avec un module supplémentaire sanctionné par une certification pour l'accueil à domicile des personnes adultes handicapées. Les partenaires de ce dispositif étaient l'établissement (promoteur), l'IRTS PACA (formateur), la DRASS PACA (autorité responsable), le Conseil Général des Alpes-de-Haute-Provence (pour ses familles d'accueil), les CCAS locaux, l'ANFH (financier du plan de formation approvisionné durant plusieurs années par l'établissement). Le deuxième «A» du sigle CAFAD a été voulu comme signifiant Aide à domicile et Accueil à domicile. En janvier 1998, la première promotion a concerné vingt agents, une deuxième en avril 1999 en a réuni quinze autres ainsi qu'une troisième en avril 2000 pour quinze familles d'accueil.

En plus de répondre à l'obligation légale, les différents cycles de formation étaient ouverts vers une information sur les pratiques, une actualisation des connaissances en matière de prise en charge des adultes handicapés, une prise en compte du bien-être psychique des résidents.

Bien évidemment, la base législative de référence est la loi du 10 juillet 1989. L'émergence de la loi du 17 janvier 2002 et ses décrets d'application amèneront un nécessaire ajustement.

ACCUEIL FAMILIAL ALTERNATIF À L'HOSPITALISATION : DES SOINS AUTREMENT POUR DES REGARDS DIFFÉRENTS

Frédéric WIZLA, psychiatre
E.P.S.M. Lille-Métropole, Armentières (59)

La psychiatrie publique ne se conçoit que dans le travail en équipe. Je vais évoquer ici une expérience qui est une vraie aventure depuis maintenant trois ans. Elle a commencé par une année de réflexion, à partir du constat suivant : notre service avait des capacités de prise en charge ambulatoire ainsi qu'en hospitalisation, mais il manquait quelque chose pour les usagers qui ne pouvaient rester seuls chez eux, ou dans leur milieu familial, malgré un « soutien soutenu », mais qui ne relevaient pas d'une hospitalisation temps plein.

Nous avons donc réfléchi à un accueil qui serait une alternative à l'hospitalisation pour des patients reçus en consultation et pour lesquels nous jugions opportun de proposer un accueil en leur permettant ainsi d'éviter une admission à l'hôpital, et serait également bénéfique pour des personnes hospitalisées, une fois passée la période aiguë des troubles, ceci afin d'effectuer une convalescence au plus près de chez eux, dans la cité, avec la commodité de pouvoir continuer à effectuer leurs démarches sociales.

Nous avons donc proposé des accueils familiaux de durée brève, en moyenne aujourd'hui de quinze jours. Quand nous en avons parlé en C.M.E. à nos collègues, nos termes à l'époque étaient ceux de « familles d'accueils de crise », puis sont devenus « familles d'urgence ». Ces termes ont fait peur, et nous avons été confrontés à de nombreuses résistances de la part du corps médical et de tous les professionnels du soin face à cette nouvelle façon de travailler.

Nous avons quand même tenté l'expérience en recrutant une famille il y a maintenant deux ans. Au préalable, nous avons élaboré un projet de soins qui a changé de mois en mois, et qui change encore chaque jour. Cette expérience est passionnante, enrichissante. Elle stimule l'ensemble du service, les familles, les patients, et change en partie les représentations de la santé mentale dans la population générale.

Au total, huit familles ont été recrutées progressivement, non sans mal il est vrai. Il est plus aisé de trouver des familles dans les secteurs ruraux, mais notre secteur est urbain, et nous cherchions des familles résidant à proximité du centre où nous les rencontrons très régulièrement. Il faut préciser que lorsque nous ouvrons un « lit » en famille, nous fermons un lit à l'hôpital. L'objectif à terme est d'avoir quinze places à l'hôpital et quinze places en familles d'accueil.

Depuis le démarrage de cette véritable entreprise, cent personnes ont été admises pour des durées moyennes de quinze jours, parfois pour une semaine, parfois un mois.

Notre équipe se compose de trois infirmières à temps plein qui s'occupent également, dans leur pratique quotidienne, de prendre en charge des patients qui nous sont adressés en urgence, d'une éducatrice, et de moi-même à peu près à un tiers de mon temps de praticien.

Les familles d'accueil ont des motivations proches de toutes les familles qui souhaitent exercer ce métier. Nous demandons à nos familles un accueil chaleureux et de qualité pour des patients qui changent fréquemment au regard des durées de séjour brèves. Ceci peut paraître difficile à concevoir lorsqu'on fait référence au système d'accueil familial classique, à savoir des accueils de durée moyenne ou longue, en considérant notamment que la famille a besoin de temps pour laisser la relation s'installer. Mais nos familles sont clairement recrutées dans ce cadre et cela leur convient. Elles ne sont donc pas trompées sur la « marchandise », excepté lorsqu'un accueil se prolonge, ce qui les met en difficultés parce que ça ne correspond pas à ce pourquoi elles ont été embauchées.

Le Nord a une longue tradition d'accueil. En venant de Lille par l'autoroute, un panneau indique d'ailleurs : « Le Nord, terre d'accueil ». Parmi les motivations des familles, nous retrouvons un souci d'aider l'autre. Dans leur passé, on remarque souvent l'accueil de personnes âgées, d'enfants ou d'autres membres de la famille. Lors du recrutement et des entretiens d'évaluation, ce qui est mis en avant dans leurs motivations est le désir de participer à une expérience novatrice et d'aider leur prochain. La rémunération vient, elle, au second plan.

Au départ, nous nous sommes demandé quel type de patient orienter vers cette forme d'accueil. Très vite, nous avons écarté la violence, les délires aigus et le risque suicidaire majeur, ainsi que les pervers sexuels. Nous avons donc démarré avec des patients anxieux ou dépressifs pour que les familles puissent se mettre progressivement au travail tout en les protégeant. Aujourd'hui, avec l'expérience acquise, elles accueillent des patients psychotiques ou maniaques dès lors qu'ils ne manifestent ni agitation extrême, ni violence.

En fait, au début, nous étions un peu timorés, mais les familles se sont progressivement adaptées, avec parfois un discours tout à fait différent du nôtre. Quand nous disions : « Écoutez, c'est un accueil qui est possible mais ça ne va pas être simple, il y a telle et telle chose à prendre en compte », les familles nous répondaient ensuite : « Non, ça s'est très bien passé, pas de problème ». À l'inverse, pour des accueils qui ne nous inquiétaient pas, des problèmes sont survenus. Là aussi, les découvertes sont permanentes.

Lorsque ce type d'accueil semble indiqué pour un patient reçu en consultation ou hospitalisé, il lui est proposé et nous lui remettons un document qui explique le cadre de l'accueil familial. Les premiers patients à qui nous avons proposé ce type d'accueil, nous ont rétorqué : « Mais attendez, j'ai déjà une famille, qu'est-ce que je vais aller faire quinze jours dans une autre famille ; ça ne va pas docteur ». Maintenant, les personnes qui ont été accueillies sont les meilleurs avocats de cette façon de travailler parce que l'information est diffusée. Certains patients n'iraient à l'hôpital pour rien au monde, même si leur état le nécessitait. Ils ont donc là une alternative réelle à un séjour à l'hôpital.

Une fois la proposition d'accueil familial faite au patient, nous lui laissons un ou deux jours pour réfléchir. En fonction des disponibilités, nous proposons une famille qui paraît correspondre au profil du patient. Ceci est important, notamment pour les personnes qui ont une dépendance hospitalière et qui reviennent à l'hôpital chercher en permanence réassurance et confort. Là, nous pouvons proposer des accueils dans différentes familles.

Lorsqu'un nouvel accueil est nécessaire, nous ne remettons pas systématiquement une personne dans la même famille. On peut donc, dans ce cas-là, utiliser une autre famille, ce qui permet au patient de se rendre compte des différents modes de fonctionnements familiaux. Toutes les familles de toute façon sont différentes dans leur approche, dans leur façon de faire, de même que tous les patients sont différents.

Mais il est vrai que c'est un travail pénible que de changer régulièrement de personnes accueillies. C'est pourquoi nous tentons de rassurer les familles de notre mieux. Ainsi, nous avons écarté l'idée de la formation des familles d'accueil pour ne pas les « déformer ». Mais nous avons réalisé qu'elles avaient besoin d'un lieu de paroles, d'un espace pour elles, et elles ont bénéficié de journées de formation qui les ont confortées et les remotivent régulièrement. De notre côté, nous les recevons chaque semaine quand nous recevons les patients. Il y a toujours un temps pour la famille d'accueil, ensuite pour le patient, et ensuite avec la famille et le patient. Par ailleurs, il existe une astreinte médicale psychiatrique 24 heures sur 24 : les familles peuvent donc nous appeler à tout moment en cas de problèmes. C'était la condition pour leur offrir le maximum de confort. De ce fait, il n'y a jamais d'appels la nuit, les problèmes étant résolus dans la journée.

Après que le patient ait accepté la proposition d'accueil, il rencontre au Centre Antonin Artaud, centre médico-psychologique dont je m'occupe, la famille disponible et une infirmière. Ce temps, que nous appelons « Faisons connaissance », dure une demi-heure pendant laquelle les personnes s'approprient autour d'un petit questionnaire sur les habitudes religieuses, alimentaires et autres. Toutes ces petites choses qui pourraient être préjudiciables à l'accueil si on les oubliait. Au bout d'une demi-heure, le patient confirme ou pas son désir d'être admis en famille. À ce moment-là, un médecin psychiatre intervient et envisage avec le patient les modalités de l'accueil. Puis, on établit un contrat, et on fixe une durée de soins d'une ou deux ou trois semaines. Ce travail conditionne la qualité de l'accueil. Il ne faut pas se tromper.

Nous rassurons aussi les familles en leur répétant, durant leur recrutement, que les patients ne peuvent être bien accueillis que si elles-mêmes se sentent bien et que, pour que ce soit le cas, il faut qu'elles se sentent soutenues par une équipe de santé et qu'à tout moment, elles puissent dire : « Et bien non, là on craque, c'est trop difficile, je n'y arrive pas ». Elles peuvent à tout moment interrompre l'accueil. C'est arrivé, ce système n'est pas infallible.

Sur les cent accueils, quatre ou cinq ont avorté. Deux parce que les patients avaient dit oui mais n'étaient pas motivés pour aller en famille, ce qui était leur droit. Les autres parce que la situation s'est dégradée d'un point de vue psychiatrique, et qu'il a fallu rehospitaliser le patient.

Lorsque le contrat de soins est signé, un planning est établi pour les activités thérapeutiques et pour les visites à domicile quotidiennes de l'équipe infirmière, ainsi que pour les rencontres entre les familles et moi-même qui sont fixées à l'avance.

Il est mis fin à l'accueil quand le contrat arrive à son terme mais il peut être prolongé si la personne a encore besoin d'une prise en charge. Il peut aussi être interrompu si elle le souhaite.

En conclusion, le bilan est extrêmement positif quant à cette méthode :

- les patients sont dans un milieu rassurant et chaleureux et peuvent continuer à effectuer leurs démarches plus simplement ;
- les familles y trouvent leur compte en constatant l'amélioration de l'état de l'accueilli ;
- l'équipe porte un autre regard sur son travail, après avoir connu l'hôpital et l'hôpital de jour.

RÉPONSES FAMILIALES À DES SUJETS SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES

Gianfranco ALUFFI, psychologue,
coordinateur du service IESA
Département de Santé Mentale 5B du Piémont (Italie)
Coopérativa Sociale Progest, Turin

Traduction : Frédérique CHADLI

« Mauro et Giovanni ont déposé la machine à laver au milieu de la cour à l'ombre matinale du grand ficus, et à en juger par le tournevis qui dépasse de la poche de Mauro et par le regard sûr et professionnel de Giovanni, nous sommes face à une intervention délicate de réparation de la machine... dont l'issue est incertaine. En bruit de fond, la radio du cercle retransmet les notes d'un bellâtre de saison qui chante la mer, les plages et les jeunes filles généreuses de Miami, autant d'éléments qui, dans ce paysage accueillant, représentent bien l'ailleurs mais ne sont peut-être pas si intéressants. Au moins pour Mauro et Giovanni pour lesquels, à ce moment, le plus important est de réussir à réparer la machine à laver de Marisa... ».

Marisa est mariée avec Mauro depuis déjà vingt ans. Elle gère avec lui un cercle récréatif avec restauration rapide pour les gens de passage et les quelques habitants du village. Fabio, leur fils âgé de 16 ans, va à l'école et donne un coup de main au bar.

Giovanni vit chez eux depuis deux ans, après une succession de placements en cliniques et de séjours en services protégés pendant une dizaine d'années. Aîné de trois frères, fils de paysans, il est né et a grandi dans un petit village proche d'une grande ville. Après avoir obtenu un diplôme de mécanicien et effectué son service militaire, il a commencé comme ouvrier dans une grande usine métallurgique. Très vite, le fardeau du quotidien normal constitué, entre autres, de travail, de relations, d'émotions et d'affections s'est révélé trop pesant pour lui. Jusqu'à le conduire à alterner des périodes de forte dépression et de grande excitation. En peu de temps, il est entré dans les catégories nosographiques de la psychiatrie en tant que patient atteint de «troubles bipolaires I». Comme tel, il a été soumis aux traitements prescrits par les médecins qui l'ont suivi pendant ces années-là. Les thérapies pharmacologiques ont donné lieu à des effets discontinus et pas toujours thérapeutiques. En conséquence, son affaiblissement psychique progressif a amoindri ses capacités à gérer le quotidien, et des difficultés relationnelles sont apparues.

Le niveau de souffrance s'est fait toujours plus insoutenable, le conduisant à intégrer des structures hospitalières. Les années passant, en raison du vieillissement de ses parents, de la maladie cardiaque contractée par sa mère et des obligations professionnelles et personnelles de ses frères, il ne lui a plus été possible de rentrer à la maison.

Il y a 3 ans, grâce au signalement d'un infirmier qui effectuait des visites périodiques, Giovanni est entré en contact avec le service local d'accueil familial. Sa vie a pris alors un autre tour, qu'il énonce en sortant du centre psychiatrique avec ses valises : « j'en ai fini de tracer des lignes inutiles sur des feuilles blanches ». Aujourd'hui, inscrit dans le cercle familial de Marisa, Mauro et Fabio, plus personne ne lui demande de tracer des lignes selon lui inutiles. Quand il le souhaite, il peut s'occuper de machine à laver, de servir le café au bar, de soirées karaoké, de la nourriture des chiens et des chats, des fréquentations du cercle... Finalement, quelque chose de différent de la douloureuse monotonie de ses symptômes et de ceux des autres patients du centre psychiatrique, brièvement rompue par les cafés et les cigarettes ou par des propositions thérapeutiques dont la seule fonction consistait à lui faire passer le temps différemment qu'à l'ordinaire, mais toujours dans le même lieu aliénant.

Aujourd'hui, Giovanni se sent utile à quelque chose et à quelqu'un. Il a un espace d'identification très éloigné du rôle de patient psychiatrique qui l'a suivi pendant dix années passées en institutions. Il gère librement son argent, et s'est offert une prothèse dentaire. Il a construit, à son rythme, de profondes relations avec sa nouvelle famille et avec des voisins et des habitués du cercle. Bien qu'il habite à quatre-vingts kilomètres de sa propre famille, il a renoué des relations avec elle, et s'y rend en visite ou reçoit ses parents.

Sur le plan de la symptomatologie, les insomnies et les épisodes maniaque-dépressifs, ainsi que les prescriptions médicamenteuses s'y rapportant, sont désormais un mauvais souvenir. Il est très content de sa vie actuelle, et ne retournerait en arrière pour rien au monde.

Marisa, Mauro et Fabio, chacun avec des perspectives et des rôles différents, ont tissé des relations de qualité avec lui, favorisant ainsi son insertion effective dans le tissu social local et son parcours de réhabilitation.

« L'ombre du grand ficus est arrivée à son minimum quotidien, et depuis déjà une demi-heure la machine à laver pose seule dans un tableau qui attire l'œil comme une erreur de la nature au milieu des splendides teintes de la pleine lumière naturelle. Nos deux réparateurs ne s'avouent pas vaincus et, mastiquant leur salade fraîche dans la cuisine du cercle, ils continuent à spéculer sur les symétriques et optimistes variantes du destin, désormais indubitablement artistique, de la machine à laver dont le tambour ne tourne plus. Marisa, qui ne comprend rien à la technologie des machines à laver, mais qui semble avoir les idées claires sur le devenir de son ex-fidèle machine, salue affectueusement les deux hommes et se dirige vers le bus qui l'emmène en ville, comme presque tous les mercredis, pour son bain de mondanités, de dépenses et de lèche-vitrines. Elle ne le dit pas aux deux rassurants bricoleurs, mais elle sait déjà qu'elle passera au magasin d'électro-ménager pour s'informer sur les prix des nouveaux modèles. La dernière machine à laver, celle qui ne fonctionne plus depuis quelques jours, lui avait coûté environ cinquante euros il y a bien vingt ans ».

Il y a vingt ans, quand Marisa et Mauro unissaient leurs destins, Giovanni s'occupait encore de mécanique et ignorait que sa bonne étoile s'assombrirait bientôt, et pour une longue période.

Aujourd'hui, grâce au programme IESA, il a retrouvé bien-être, sérénité et plaisir de vivre. Par IESA, il faut entendre « insertion en accueil familial pour adultes souffrant de troubles psychiques », à savoir l'intégration d'une personne suivie par un service psychiatrique dans une famille volontaire, sélectionnée et formée sur un plan plus pratique que théorique. La cohabitation qui se crée ainsi pourra compter, pour toute sa durée, sur le soutien des acteurs du IESA.

Une telle pratique, basée sur une tradition pluri-centenaire qui trouve ses origines à Geel au 7^{ème} siècle, est aujourd'hui connue dans la plupart des pays et est utilisée en Belgique, au Japon, en Allemagne, en France, aux États-Unis, en Hollande, en Suisse, en Norvège, en Suède, au Danemark, en Russie, en Italie, en Autriche, en Écosse, en Angleterre, en Finlande, au Brésil, en Pologne...

En Italie, entre 1890 et 1920, le Patronage familial, appellation de l'époque, a connu une relative notoriété. Surtout développé dans le centre du pays, il fit l'objet de deux réglementations nationales (1904 – 1909). Au départ, cette pratique s'adressait à des personnes de tous âges, y compris à des mineurs, et pas exclusivement à une catégorie précise de patients. Actuellement, elle intervient aussi comme une réponse à la crise aiguë d'un sujet ou de son environnement familial ou autre. Le milieu d'accueil peut être composé d'un seul membre ; l'essentiel étant que l'accueillant dispose d'un espace suffisant, soit clairement positionné pour remplir ses fonctions envers l'accueilli, ceci avec le soutien de l'équipe.

L'objectif du IESA est de restituer à la société ces personnes qui, par une mésaventure clinico-existentielle, se sont trouvées en grande souffrance, souvent dans des conditions de solitude intense ou dans des contextes d'enfermement inadéquats et aliénants.

L'insertion en famille d'accueil se répartit en trois catégories : à court, à moyen et à long terme.

À court terme, l'intervention est focalisée sur la période de crise qui touche le patient ou son environnement. La durée de placement varie de quelques jours à un ou deux mois selon qu'il s'agit de faire face à une acutie symptomatologique ou à un simple besoin de décontextualisation. Parfois, des personnes sont hospitalisées en psychiatrie alors que leur état ne présente pas de caractéristiques propres à justifier une telle orientation. Le motif du recours à l'hospitalisation relève objectivement de la faiblesse ou même de la crise du système dans lequel vit le patient, lesquelles se répercutent ponctuellement sur le plus fragile, autrement dit le bouc-émissaire. Actuellement, très peu d'expériences d'accueil familial à court terme sont opérantes. Les plus significatives sont le « Crisis Home Programm » du comté de Dane aux États-Unis créé en 1987, les « Crisis Farm » éparpillées sur le territoire piémontais et gérées par la coopérative sociale « Alice nello specchio » de Turin, et une expérience lilloise. Depuis quelques mois, en collaboration avec l'Université de Turin et la coopérative sociale « Progest », nous travaillons aussi à un projet d'accueil familial à court terme et à temps partiel qui viendrait compléter l'accueil familial à moyen et à long terme existant depuis 1999.

La particularité de ce type d'interventions réside dans le processus de décontextualisation environnementale souvent très utile pour surmonter les moments difficiles. Réaliser le placement dans un cadre familial et familier, et non dans un cadre hospitalier, facilite et rend moins dramatique la période de crise. Ce point est confirmé par Russel Bennet, responsable du « Crisis Home Programm » qui soutient que de nombreux patients ainsi pris en charge se rendent spontanément au service pour demander à être accueillis en famille lors d'une période de crise.

On est loin des drames qui caractérisent nombre de placements en hôpital psychiatrique, en particulier lors des hospitalisations à la demande d'un tiers. Le traitement des périodes de crises par l'accueil familial à court terme nécessite une excellente communication entre les médecins, les infirmiers, les intervenants médico-sociaux, l'équipe IESA et les accueillants.

À moyen terme, l'intervention consiste en une phase utilitaire dans l'objectif d'une réhabilitation. On présume que le sujet est capable, en moins de deux ans, de retrouver une autonomie suffisante pour vivre dans un logement protégé ou dans sa propre maison. Ces programmes s'adressent à des personnes jeunes et employées dans des activités professionnelles de réinsertion, ou réhabilitées dans ou en dehors des circuits psychiatriques. Cette formule demande un travail de synergie entre les agences, c'est-à-dire entre les diverses équipes du département de santé mentale sur le territoire : par exemple, assistants sociaux, psychiatres, groupes thérapeutiques que le patient continue à fréquenter.... Elle se pose en alternative aux structures fermées dans lesquelles la réhabilitation est souvent compromise, ne serait-ce qu'au niveau structurel.

Avec l'accueil familial à moyen terme, le sujet expérimente des relations sociales « normales » et s'émancipe de son rôle de patient. La famille d'accueil joue le rôle de nid protecteur lors des phases critiques du parcours d'autonomisation. Son travail exige une grande souplesse afin de moduler le niveau de protection assurée en fonction des besoins de l'accueilli. En ce sens, l'intervenant du IESA assume un rôle déterminant de soutien et de supervision quant à la dynamique de la relation famille d'accueil – accueilli.

L'accueil familial à long terme est d'une durée supérieure à deux ans. Il vise davantage des personnes dont l'âge, les difficultés psychiques et physiques et les besoins d'assistance, ne permettent pas d'envisager le retour à la société dans un lieu moins protégé. Or, les familles d'accueil se révèlent parfois des espaces dans lesquels une fonction significative s'acquiert à nouveau : des personnes âgées retrouvent le rôle de grands-parents « adoptifs » avec tous les effets affectifs et relationnels ainsi engendrés, d'autres récupèrent sur le plan social et sur celui des gestes du quotidien. De telles relations sont préservées jusqu'au décès de la personne afin de lui éviter d'inopportunes et dommageables, voire de fatales successions d'hospitalisations.

Ces dernières années, l'intérêt pour l'insertion en famille d'accueil s'est développé, en particulier dans les services psychiatriques et gériatriques. On doit ce développement à l'efficacité thérapeutico-réhabilitative offerte à moindre coût. Pourtant, l'expérience nous enseigne qu'un accueil familial fondé sur la seule dimension économique est une mauvaise solution, et que cette pratique exige une grande vigilance quant à la sélection et à la formation des futurs accueillants. C'est en fait la compétence de l'intervenant qui rend possible l'alchimie transformant le social, de lieu d'exclusions, en espace thérapeutique.

L'élément central est la famille d'accueil, véritable creuset de vie, d'expérience et de croissance protégé au sein d'un environnement social de plus en plus complexe. L'accueil familial, avec ses relations dynamiques et ses figures d'identification et d'attachement, est un lieu d'intégration et d'affection qui rend possible le retour à la vie sociale, à un rôle et à une identité nouvelle. Le patient du service de psychiatrie, le résidant de la clinique redevient un citoyen avec une vie privée, son nom sur une boîte aux lettres et sur la sonnette d'une maison. Quant aux personnes de référence, il ne s'agit plus de professionnels de la psychiatrie inévitablement vecteurs de relations asymétriques et artificielles.

Parallèlement à cette conquête des libertés et des droits bafoués dans les institutions totalitaires, se produisent des retrouvailles avec des mécanismes de développement psychologique dont les familles d'accueil sont le support idéal. S'expérimente pour la seconde fois (et l'on espère ne pas faillir cette fois) la séparation d'avec les images parentales permettant l'individuation. À ce propos, je trouve approprié le terme « nachreifung », « post-maturation » en français, du Dr Konrad de Ravensburg, pour illustrer le processus de l'accueil familial comme seconde chance pour que le sujet puisse se retrouver, se « frotter » de nouveau à la vie, penser que tout n'est pas perdu, soustraire son destin à la catégorie des patients chroniques, mesure assez fidèle de l'inadéquation thérapeutique de la psychiatrie classique au regard du malaise psychique.

Au moins au niveau théorique, la référence dominante est le modèle socio-psycho-biologique, ou en changeant l'ordre des mots mais pas leur prégnance, bio-psycho-social. Un tel modèle indique très clairement les circuits dans lesquels se manifestent les changements dans l'action d'un processus de guérison. L'attention portée à une seule de ces trois composantes caractérise les institutions psychiatriques, lesquelles entendent la thérapeutique comme une intervention exclusivement axée sur le malaise biologique du patient. Sans vouloir aucunement éliminer les hospitalisations longues, il faut reconnaître que ces solutions, caractérisées par des coûts de gestion élevés et des résultats modestes, portent en elles les traces de la culture asilaire incarnée par la concentration massive des sujets en souffrance et par leur mise à l'écart du monde et des soi-disant sains d'esprit.

La personne souffrante se trouve donc souvent être l'objet de thérapies exclusivement médicamenteuses, sans effets ou inhibantes, dans des contextes aliénés et aliénants qui ne prennent pas en considération, ou alors de manière inadaptée ou improductive, le versant psychologique et social de l'intervention thérapeutique de réhabilitation.

Il serait intéressant d'ouvrir le débat sur les raisons de cette dérive en faveur du versant biologique, sur le dogmatisme avec lequel la psychiatrie regarde cet inefficace déséquilibre d'approche, et sur les coûts sociaux ainsi engendrés. Qui en tire avantage ? Certes pas les patients ! On notera que la formation des professionnels est validée par la diffusion des résultats d'une recherche scientifique toujours plus au service de ceux qui la financent, toujours moins objective, s'attachant encore moins au bien-être des sujets traités. Une recherche en priorité orientée vers des objets d'étude commercialisables à grande échelle, avant tout en mesure de générer des profits. Du reste, il est désormais évident que l'espace réservé à la dignité et au respect de la personne humaine se restreint dans un système dominé par l'argent dans lequel, si l'on est atteint d'une maladie rare, on risque de ne pas trouver le traitement car le laboratoire a interrompu la production en raison des faibles ventes réalisées.

Venons en maintenant au fonctionnement concret de l'accueil familial. Le service IESA, projet préparé pendant un an avant de devenir opérationnel fin 1998, est une expérience pilote au niveau national et international étant donné le cadre à partir duquel il fonctionne, à savoir le Département de Santé Mentale, et non un hôpital psychiatrique comme dans la plupart des pays. Cette différence substantielle fait contrepoids entre un modèle centré sur les hôpitaux, les cliniques ou les asiles et un modèle désinstitutionnalisé qui prend en compte le malaise psychique dans le cadre de l'intervention territoriale. D'où l'originalité et la valeur innovante de l'expérience.

L'activité est encadrée par des lois « guides » et par un contrat signé au début de la période d'essai par la famille d'accueil, le patient et le Département de Santé Mentale (DSM).

Un règlement définit les bénéficiaires du programme, les organisateurs, le personnel, les prestations du DSM, les modalités de remboursement des frais d'accueil et les assurances.

La famille reçoit 930 euros par mois et par accueilli. Le DSM, si nécessaire, aide l'accueilli afin qu'il dispose d'environ 150 euros par mois pour ses dépenses personnelles et de 930 euros pour rémunérer la famille. L'accueil familial d'une personne revient donc à environ 1080 euros par mois, auxquels il convient d'ajouter les coûts d'organisation administrative et de suivi thérapeutique. Au total, le coût mensuel maximum d'un accueil familial s'élève à 2300 euros.

Le service IESA est composé d'un coordinateur et d'un nombre d'intervenants variant selon le nombre d'accueils familiaux suivis, sur la base d'un intervenant pour dix accueillis. L'équipe doit, par ailleurs, compter sur l'indispensable instrument de supervision hebdomadaire des dynamiques relationnelles familiales. Concernant l'activité ambulatoire des infirmiers ou éducateurs auprès de l'accueilli, elle est progressivement reprise par l'intervenant IESA chargé de l'accueilli et de la famille d'accueil pour toute la durée de leur cohabitation. L'accueilli peut continuer à bénéficier de structures (telles que le centre de jour, l'intervention des assistants sociaux départementaux et autres) qui travaillent en synergie avec le coordinateur et l'intervenant du IESA tout comme les services territoriaux, psychiatriques ou non.

Les familles, après avoir suivi le parcours de sélection et de formation, sont rentrées dans une banque de données dans laquelle elles peuvent rester longtemps, parfois plus de deux ans, avant d'accueillir un patient. Cette longue période d'attente s'inscrit dans la philosophie du IESA qui tend à éviter la systématisation pour privilégier la « bonne famille » pour le « bon patient » afin de favoriser une « bonne cohabitation ». Il arrive que cette période d'attente se transforme en désistement pour des familles dont les conditions de vie ont évolué, les rendant moins favorables à l'accueil à domicile.

Les motivations des candidats sont fortement déterminées par un besoin d'intégration économique. Il est rare d'avoir affaire à des familles d'accueil en grandes difficultés financières même si, ces derniers temps, on constate une augmentation de l'intérêt de familles au chômage, sans chambre pour le patient, voire sans autorisation de séjour sur le territoire. L'existence d'une chambre à usage exclusif de l'accueilli étant la condition sine qua non pour poser sa candidature, nous sommes amenés à cesser le travail de sélection de familles qui présentent pourtant de bonnes dispositions si elles ne peuvent répondre à ce critère.

La famille du patient, lorsqu'elle est présente, n'est pas a priori exclue du projet thérapeutique. Mieux, elle est l'objet d'une attente particulière afin qu'elle se transforme en ressource et non en obstacle. À travers l'information quant à l'existence du service et quant au projet que l'on souhaite actualiser avec la famille du patient, il arrive souvent que celle-ci rétablisse un contact avec lui et communique des informations utiles sur son passé.

La famille d'accueil, de son côté, n'étant pas impliquée émotionnellement dans l'histoire de l'accueilli et par ses comportements, interagit avec lui de manière spontanée. L'ambiance familiale type, représentée par les familles sélectionnées et habilitées à accueillir, est ouverte, souple, et exprime une chaleur et une affection qui ne sont pas relayées par un rôle professionnel. Elle est en mesure d'offrir soutien et assistance liés aux besoins de l'accueilli, de l'aider à programmer une journée, de le conseiller pour affronter les vicissitudes de la vie. Elle est par ailleurs insérée dans un système de relations ancré dans le tissu social.

En fait, la famille d'accueil du IESA est un exemple de reconnaissance et de valorisation de l'intervention non-professionnelle en psychiatrie.

Au vu des écrits scientifiques, de notre expérience et des échanges avec les autres services d'accueil familial existants, et au-delà de la dimension économique retenue par l'administration, le IESA se distingue des autres modes de placements psychiatriques par la meilleure qualité de vie offerte. L'accueil familial est une solution transitoire, basée sur une assistance permanente et non-professionnelle, en vue d'un parcours ultérieur non institutionnalisé. Il a en outre été constaté que les comportements asociaux du patient diminuent et que ses capacités relationnelles s'améliorent. Le bon « monitoring » et la réduction conséquente des doses de médicaments atténuent la symptomatologie, diminuent les rechutes, et favorisent l'intégration de handicapés psychiques dans la société avec réduction de la stigmatisation et des préjugés. Sur un autre plan, l'application du programme IESA à grande échelle aurait un effet positif sur le niveau économique de familles et de célibataires.

De plus, il répond véritablement aux objectifs de la loi Basaglia (n° 180 ; 1978) qui préconisait la fermeture des institutions asilaires et confiait aux services territoriaux le devoir de trouver des solutions pour garantir aux patients déshospitalisés un hébergement et un mode de vie à valeur thérapeutique et réhabilitative.

« Il est 19 heures 15. Marisa est rentrée depuis une demi-heure, accompagnée de Fabio, et prépare le dîner. Giovanni discute de retraites avec deux voisins en tricot de corps. Mauro se repose sous le treillage en se balançant dans le hamac au rythme d'un paresseux attendant de dîner. Les géraniums de Marisa s'étalent aux derniers rayons du soleil dans un cache-pot cylindrique chromé : le digne et mérité repos de l'âme d'une machine à laver, fatiguée de tourner sur elle-même... ».

études et recherches

L'ACCUEIL FAMILIAL DES PERSONNES HANDICAPÉES ET DES PERSONNES ÂGÉES : ÉVOLUTION QUANTITATIVE ENTRE 1996 ET 2002

Catherine HOREL
adjointe de direction
IFREP

En 1997-1998, à la demande de la Direction Générale de l'Action Sociale et de l'Assemblée des Départements de France, l'IFREP menait l'évaluation nationale des dispositions de la loi du 10 juillet 1989. En 2003, l'IFREP a interrogé les départements sur le nombre de familles d'accueil et de personnes accueillies au 31/12/02.

1. Le nombre de familles d'accueil

- au 31/12/96, 8 950 familles d'accueil avaient été comptabilisées dans 99 départements (un département n'avait pas communiqué ses éléments). Au 31/12/02, on comptabilise 9 252 familles d'accueil dans 93 départements (7 départements n'ont pas répondu) ;
- en ne gardant que les 92 départements qui ont participé aux deux enquêtes, 8 547 familles d'accueil sont agréées au 31/12/96, et 9 243 au 31/12/02, soit une augmentation de 8%.

2. Le nombre de personnes accueillies

- au 31/12/96, 11 717 accueillis avaient été comptabilisés dans 99 départements (un département n'avait pas communiqué ses éléments). Au 31/12/02, on comptabilise 11 959 accueillis dans 88 départements (12 départements n'ont pas répondu) ;
- en ne gardant que les 87 départements qui ont participé aux deux enquêtes, 10 059 personnes sont accueillies au 31/12/96, et 11 942 au 31/12/02, soit une augmentation de 19% ;
- quant à la répartition entre personnes handicapées et personnes âgées, elle ne change pas : environ 50% pour chaque groupe mais on sait que nombre de personnes âgées sont en fait des handicapés qui ont vieilli et ont été répertoriés en tant que personnes âgées.

Ces données sont présentées dans les trois pages suivantes. Ceci permet notamment de constater que le dispositif subit de grandes fluctuations selon les départements.

Il n'empêche... le nombre d'accueillants n'a pas diminué. Pourquoi donc « crier au loup » ?

nombre de familles d'accueil

tableau en trois colonnes : nombre de familles d'accueil au 31/12/96, au 31/12/02, et évolution en pourcentage

Département	96	02	évolution		92	02	évolution
01-Ain	0	NR		51-Marne	5	38	+ 660%
02-Aisne	46	30	- 35%	52-Haute-Marne	236	184	- 22%
03-Allier	150	137	- 9%	53-Mayenne	37	45	+ 22%
04-Alpes Haute-Provence	6	20	+ 233%	54-Meurthe et Moselle	29	42	+ 45%
05-Hautes-Alpes	NR	9		55-Meuse	26	22	- 15%
06-Alpes Maritimes	82	50	- 39%	56-Morbihan	64	54	- 16%
07-Ardèche	25	57	+ 128%	57-Moselle	40	68	+ 70%
08-Ardennes	60	60	0%	58-Nièvre	165	125	- 24%
09-Ariège	25	27	+ 8%	59-Nord	422	454	+ 8%
10-Aube	67	71	+ 6%	60-Oise	95	93	- 2%
11-Aude	37	42	+ 14%	61-Orne	72	81	+ 13%
12-Aveyron	52	39	- 25%	62-Pas de Calais	343	378	+ 10%
13-Bouches du Rhône	38	87	+ 129%	63-Puy de Dome	247	226	- 9%
14-Calvados	150	198	+ 32%	64-Pyrénées Atlantiques	136	241	+ 77%
15-Cantal	34	NR		65-Hautes-Pyrénées	43	21	- 51%
16-Charente	223	228	+ 2%	66-Pyrénées Orientales	11	17	+ 55%
17-Charente Maritime	436	525	+ 20%	67-Bas-Rhin	77	75	- 3%
18-Cher	143	150	+ 5%	68-Haut-Rhin	19	35	+ 84%
19-Corrèze	38	32	- 16%	69-Rhône	35	73	+ 109%
2A-Corse du Sud	0	3		70-Haute Saône	60	NR	
2B-Haute-Corse	20	NR		71-Saône et Loire	66	70	+ 6%
21-Côte-d'Or	110	116	+ 5%	72-Sarthe	276	297	+ 8%
22-Côtes d'Armor	241	196	- 19%	73-Savoie	13	27	+ 108%
23-Creuse	26	39	+ 50%	74-Haute-Savoie	7	14	+ 100%
24-Dordogne	266	287	+ 8%	75-Paris	0	0	
25-Doubs	47	65	+ 38%	76-Seine Maritime	243	323	+ 33%
26-Drôme	90	NR		77-Seine et Marne	89	90	+ 1%
27-Eure	232	221	- 5%	78-Yvelines	42	49	+ 17%
28-Eure et Loir	41	40	- 2%	79-Deux-Sèvres	182	125	- 31%
29-Finistère	199	NR		80-Somme	97	175	+ 80%
30-Gard	53	92	+ 74%	81-Tarn	48	41	- 15%
31-Haute-Garonne	33	53	+ 61%	82-Tarn et Garonne	47	57	+ 21%
32-Gers	94	90	- 4%	83-Var	51	36	- 29%
33-Gironde	243	264	+ 9%	84-Vaucluse	34	19	- 44%
34-Hérault	40	68	+ 70%	85-Vendée	86	65	- 24%
35-Ille et Vilaine	228	206	- 10%	86-Vienne	202	178	- 12%
36-Indre	56	38	- 32%	87-Haute-Vienne	20	14	- 30%
37-Indre et Loire	121	104	- 14%	88-Vosges	24	31	+ 29%
38-Isère	129	152	+ 18%	89-Yonne	156	140	- 10%
39-Jura	50	46	- 8%	90-Territoire de Belfort	11	15	+ 36%
40-Landes	22	17	- 23%	91-Essonne	61	48	- 21%
41-Loir et Cher	61	69	+ 13%	92-Hauts de Seine	1	39	+ 3800%
42-Loire	47	35	- 26%	93-Seine Saint-Denis	1	0	- 100%
43-Haute-Loire	53	47	- 11%	94-Val de Marne	6	11	+ 83%
44-Loire Atlantique	122	140	+ 15%	95-Val d'Oise	5	4	- 20%
45-Loiret	107	113	+ 6%	971-Guadeloupe	37	101	+ 173%
46-Lot	24	24	0%	972-Martinique	65	62	- 5%
47-Lot et Garonne	165	147	- 11%	973-Guyane	0	NR	
48-Lozère	5	5	0%	974-Réunion	96	252	+ 163%
49-Maine et Loire	100	94	- 6%				
50-Manche	185	164	- 11%				

nombre de personnes accueillies

tableau en trois colonnes : nombre de personnes accueillies au 31/12/96, au 31/12/02, et évolution en pourcentage

Département	96	02	évolution
01-Ain	0	NR	
02-Aisne	56	39	- 30%
03-Allier	180	197	+ 9%
04-Alpes Haute-Provence	7	29	+ 314%
05-Hautes-Alpes	NR	8	
06-Alpes Maritimes	149	91	- 39%
07-Ardèche	29	45	+ 55%
08-Ardennes	71	71	0%
09-Ariège	32	25	- 22%
10-Aube	109	119	+ 9%
11-Aude	35	42	+ 20%
12-Aveyron	49	48	- 2%
13-Bouches du Rhône	54	132	+ 144%
14-Calvados	196	290	+ 48%
15-Cantal	32	NR	
16-Charente	293	305	+ 4%
17-Charente Maritime	556	815	+ 47%
18-Cher	210	228	+ 9%
19-Corrèze	42	47	+ 12%
2A-Corse du Sud	0	4	
2B-Haute-Corse	47	NR	
21-Côte-d'Or	121	133	+ 10%
22-Côtes d'Armor	292	271	- 7%
23-Creuse	19	67	+ 253%
24-Dordogne	397	491	+ 24%
25-Doubs	43	76	+ 77%
26-Drôme	135	NR	
27-Eure	343	373	+ 9%
28-Eure et Loir	30	53	+ 77%
29-Finistère	156	NR	
30-Gard	55	NR	
31-Haute-Garonne	25	8	- 68%
32-Gers	177	111	- 37%
33-Gironde	385	493	+ 28%
34-Hérault	88	148	+ 68%
35-Ille et Vilaine	207	197	- 5%
36-Indre	56	44	- 21%
37-Indre et Loire	160	137	- 14%
38-Isère	173	NR	
39-Jura	69	73	+ 6%
40-Landes	38	19	- 50%
41-Loir et Cher	70	78	+ 11%
42-Loire	47	33	- 30%
43-Haute-Loire	62	63	+ 2%
44-Loire Atlantique	131	164	+ 25%
45-Loiret	133	208	+ 56%
46-Lot	17	26	+ 53%
47-Lot et Garonne	180	235	+ 31%
48-Lozère	2	NR	
49-Maine et Loire	136	116	- 15%
50-Manche	290	260	- 10%

	96	02	évolution
51-Marne	9	59	+ 556%
52-Haute-Marne	275	300	+ 9%
53-Mayenne	40	71	+ 78%
54-Meurthe et Moselle	33	46	+ 39%
55-Meuse	20	21	+ 5%
56-Morbihan	50	75	+ 50%
57-Moselle	49	91	+ 86%
58-Nièvre	192	158	- 18%
59-Nord	481	505	+ 5%
60-Oise	116	117	+ 1%
61-Orne	89	103	+ 16%
62-Pas de Calais	542	NR	
63-Puy de Dome	444	NR	
64-Pyrénées Atlantiques	201	283	+ 41%
65-Hautes Pyrénées	54	24	- 56%
66-Pyrénées Orientales	11	46	+ 318%
67-Bas-Rhin	104	99	- 5%
68-Haut-Rhin	12	32	+ 167%
69-Rhône	45	87	+ 93%
70-Haute-Saône	72	NR	
71-Saône et Loire	70	86	+ 23%
72-Sarthe	389	481	+ 24%
73-Savoie	33	15	- 55%
74-Haute-Savoie	7	8	+ 14%
75-Paris	0	0	
76-Seine Maritime	296	529	+ 79%
77-Seine et Marne	131	149	+ 14%
78-Yvelines	38	63	+ 66%
79-Deux-Sèvres	341	237	- 30%
80-Somme	109	218	+ 100%
81-Tarn	42	59	+ 40%
82-Tarn et Garonne	91	90	- 1%
83-Var	74	66	- 11%
84-Vaucluse	39	37	- 5%
85-Vendée	111	100	- 10%
86-Vienne	302	287	- 5%
87-Haute-Vienne	13	21	+ 62%
88-Vosges	25	41	+ 64%
89-Yonne	211	201	- 5%
90-Territoire de Belfort	13	21	+ 62%
91-Essonne	79	60	- 24%
92-Hauts de Seine	2	40	+ 1900%
93-Seine Saint-Denis	1	0	- 100%
94-Val de Marne	4	10	+ 150%
95-Val d'Oise	7	7	0%
971-Guadeloupe	32	146	+ 356%
972-Martinique	142	152	+ 7%
973-Guyane	0	NR	
974-Réunion	92	297	+ 223%

répartition des accueillis en 2002

tableau en deux colonnes : nombre de personnes handicapées et de personnes âgées au 31/12/02

Département	PH	PA		PH	PA
01-Ain			51-Marne	51	8
02-Aisne	26	13	52-Haute-Marne	207	93
03-Allier	143	54	53-Mayenne	66	5
04-Alpes Haute-Provence	24	5	54-Meurthe et Moselle	36	10
05-Hautes-Alpes	2	6	55-Meuse	18	3
06-Alpes Maritimes	54	37	56-Morbihan	34	41
07-Ardèche	43	2	57-Moselle	49	42
08-Ardennes	55	16	58-Nièvre	134	24
09-Ariège	15	10	59-Nord	179	326
10-Aube	44	75	60-Oise	96	21
11-Aude	23	19	61-Orne	75	28
12-Aveyron	34	14	62-Pas de Calais	NR	NR
13-Bouches du Rhône	8	124	63-Puy de Dome	NR	NR
14-Calvados	157	133	64-Pyrénées Atlantiques	121	162
15-Cantal	NR	NR	65-Hautes-Pyrénées	9	15
16-Charente	141	164	66-Pyrénées Orientales	8	38
17-Charente Maritime	309	506	67-Bas-Rhin	64	35
18-Cher	157	71	68-Haut-Rhin	28	4
19-Corrèze	24	23	69-Rhône	36	51
2A-Corse du Sud	1	3	70-Haute-Saône	NR	NR
2B-Haute-Corse	NR	NR	71-Saône et Loire	56	30
21-Côte-d'Or	99	34	72-Sarthe	219	262
22-Côtes d'Armor	155	116	73-Savoie	5	10
23-Creuse	22	45	74-Haute-Savoie	5	3
24-Dordogne	176	315	75-Paris	0	0
25-Doubs	23	53	76-Seine Maritime	259	270
26-Drôme	NR	NR	77-Seine et Marne	92	57
27-Eure	263	110	78-Yvelines	51	12
28-Eure et Loir	44	9	79-Deux-Sèvres	136	101
29-Finistère	NR	NR	80-Somme	138	80
30-Gard	NR	NR	81-Tarn	26	33
31-Haute-Garonne	7	1	82-Tarn et Garonne	17	73
32-Gers	43	68	83-Var	8	58
33-Gironde	101	392	84-Vaucluse	11	26
34-Hérault	13	135	85-Vendée	36	64
35-Ille et Vilaine	145	52	86-Vienne	171	116
36-Indre	40	4	87-Haute-Vienne	0	21
37-Indre et Loire	68	69	88-Vosges	31	10
38-Isère	NR	NR	89-Yonne	150	51
39-Jura	48	25	90-Territoire de Belfort	6	15
40-Landes	8	11	91-Essonnes	30	30
41-Loir et Cher	52	26	92-Hauts de Seine	37	3
42-Loire	26	7	93-Seine Saint-Denis	0	0
43-Haute-Loire	40	23	94-Val de Marne	7	3
44-Loire Atlantique	142	22	95-Val d'Oise	3	4
45-Loiret	132	76	971-Guadeloupe	41	105
46-Lot	15	11	972-Martinique	10	142
47-Lot et Garonne	95	140	973-Guyane	NR	NR
48-Lozère	NR	NR	974-Réunion	107	190
49-Maine et Loire	83	33			
50-Manche	95	165			

« l'accueil familial en revue » est une publication destinée à tous les acteurs de l'accueil familial. Les numéros sont centrés sur un dossier thématique auquel s'ajoutent des rubriques évolutives que chacun peut alimenter.

Les informations et les articles sont à adresser à :

IPI - « l'accueil familial en revue » - 50 rue Samson - 75013 PARIS.

Avant publication, les articles sont examinés par le comité de rédaction.

bulletin de commande

« l'accueil familial en revue »

Achat au numéro

n° 1 - 02/96	le statut des familles d'accueil	épuisé
n° 2 - 09/96	le soin en accueil familial	10,67
n° 3 - 06/97	la complexité de la fonction famille d'accueil	épuisé
n° 4 - 12/97	les risques et les écueils de l'accueil	épuisé
n° 5 - 06/98	l'agrément	10,67
n° 6 - 12/98	la formation en accueil familial	10,67
n° 7 - 06/99	l'accompagnement en accueil familial	10,67
n° 8 - 12/99	les relations familles d'accueil-familles des accueillis	10,67
n° 9 - 06/00	pourquoi l'accueil familial - 1ère partie	12,96
n° 10 - 12/00	pourquoi l'accueil familial - 2ème partie	12,96
n° 11 - 06/01	la fonction des équipes	12,96
n° 12 - 12/01	10 ans après	12,96
n° 13 - 06/02	la famille d'accueil et les siens	12,96
n° 14 - 12/02	questions d'orientations	12,96
n° 15 - 12/03	n° spécial - accueil familial des adultes	16,00

nom et prénom (ou service)

adresse

code postal

ville

bulletin à renvoyer accompagné de votre règlement à l'ordre de IPI à :
IPI - 50 rue samson - 75013 PARIS