

l'accueil familial

en revue

**N° 7
juin 1999**

dossier

**l'accompagnement
en accueil familial**

l'accueil familial

en revue

sommaire

Dossier : l'accompagnement en accueil familial

D. Schurmans	<i>"continuité et transformation d'un système familial"</i>	8
J.C. Cébula	<i>"pour aborder la notion d'accompagnement en accueil familial"</i>	16
P. Perrot	<i>"l'accompagnement : à pied, à cheval ou en voiture ?"</i>	19
M. Lenne	<i>"de l'accompagnement"</i>	22
B. Mainhagu	<i>"le départ d'un enfant : un temps fort de l'accompagnement"</i>	24
M. Londat	<i>"du contrôle au suivi : le soutien de l'accueil"</i>	26
E. Auger	<i>"réflexions autour de l'accompagnement"</i>	33
C. Gouffé	<i>"l'accompagnement en accueil familial"</i>	37
P. Masle	<i>"le Grand Bleu : une plongée dans l'inconnu"</i>	40
La lettre de Clotilde		43
Glossaire		45
Mythes et contes	<i>"l'énigme de la rencontre"</i>	48

Agenda - Informations diverses **3**

Éditorial **7**

A l'étranger **50**

Expérience **56**

Actualité **58**

la loi du 10 juillet 1989 - rappels et propositions
rémunération des assistantes maternelles à l'ASE
rémunération des familles d'accueil (AFT région parisienne)
les risques du métier

Compte-rendu de colloques **66**

Abonnement **71**

Revue semestrielle
Édition IPI
50 rue Samson - 75013 Paris
Tél 01 45 89 17 17
Fax 01 45 89 00 41
prix du numéro : 70 F
N° 7 - juin 1999
N° ISSN 1270.4164
Imprimerie Parenthèses (Nantes)

directeur de la publication Jean-Claude Cébula
comité de rédaction
Joëlle Berrhuel - Serge Escots - M. Paule Glachant
M. Josèphe Godard - Daniel Gorans - Christine Gros-Lazarre
Bernard Guiter - Brigitte Haist - Catherine Horel
Geneviève Mermet - Philippe Milleret - Hana Rottman
Bernard Ruhaut - Catherine Sellenet - Pierre Verdier

agenda - informations diverses

colloques - journées d'étude

- Paris, 29 et 30 septembre 1999
 congrès du GREPFA France
 "Famille : réalité, fantasmes et dogmes"
 Rens : Grepfa France - CMP - 39 avenue République - 75011 Paris - tél : 01 43 57 52 64
- Nantes, 30 septembre et 1er octobre 1999
 8èmes Journées d'Étude de l'Association Nationale des Placements Familiaux
 "le placement familial ou la parentalité en tensions"
 Rens : ANPF - Relais Familial - 168 route Ste Luce - 44300 Nantes - tél : 02 40 52 54 52
- Lourdes, 13 et 14 novembre 1999
 rencontres de l'Union Fédérative des Associations d'Assistants Maternelles
 " enfant aujourd'hui... citoyen, parent demain"
 Rens : UFNAFAAM - Kernevez Huella - 29470 Plougastel Daoulas - tél : 02 98 40 34 20
- Paris, 27 et 28 janvier 2000
 10èmes Journées d'Étude de l'IFREP
 "l'accueil familial des adultes : de l'accueil au soin"
 Rens : IFREP - BP 358 - 75626 Paris cedex 13 - tél : 01 45 89 17 17

actes de colloques

- "Enfants et familles au champ de l'institution : impasse ou espace pour le sujet"
 journées de l'ANPF - 25-26 septembre 1997
 actes diffusés par l'ANPF - 34 rue de Paradis - 75010 Paris - tél : 01 47 70 23 95
- "Assistante maternelle : un métier européen ?"
 colloque de la Fédération de la Charente - 18-19 mars 1999
 actes à paraître - Fédération des AM de la Charente - 1 rue Kléber - 16160 God Pontouvre
- "Etre assistante maternelle à l'aube de l'an 2000"
 rencontres de l'UNFAFAAM - Nimes 27-28 mars 1999
 actes à paraître - UFNAFAAM - Kernevez Huella - 29470 Plougastel Daoulas - tél : 02 98 40 34 20

associations

- Création de la Fédération des Syndicats Professionnels des Assistants Maternelles dont l'objectif est de regrouper les différents syndicats et associations existants
 FSP - AS MAT - 14 allée ô Cantelou - 33360 Latresne - tél : 05 56 20 01 51
- Le Syndicat National Professionnel des Assistants Maternelles sur Internet pour échanger des idées et des informations
WWW.assistante-maternelle.org

agenda - informations diverses

textes légaux

- Exonération totale des cotisations patronales d'assurances sociales, d'accidents du travail et d'allocations familiales sur les rémunérations des accueillants pour les personnes accueillies ayant passé contrat dans le cadre légal de la loi du 10 juillet 1989

décret n° 99-485 et arrêté du 09/06/99 (loi de financement de la sécurité sociale)

décisions de justice

- Des faits délictueux commis dans une famille d'accueil par l'un de ses membres peuvent justifier le retrait d'agrément de l'assistante maternelle, et ce quoi qu'il en soit des poursuites pénales. Est ici mise en avant la garantie de la santé, de la sécurité et de l'épanouissement du mineur accueilli.

Conseil d'État, 17 février 1999, n° 173674, Mme C. contre le conseil général du Loiret

publications

Guide Assistantes Maternelles

TSA Éditions - 67 rue de l'Aqueduc - 75010 Paris - 1999 - 85 f

nouvelle édition revue et complétée de ce guide pratique et juridique

Texte de références déontologiques

ANPF - 34 rue de Paradis - 75010 Paris - 1998 - 20 f

recherche d'un consensus des professionnels sur les valeurs et les références en accueil familial

Familles d'accueil et institutions

Bonte M.C., Cohen-Scali V. - L'Harmattan - 1998 - 140 f

évaluation des pratiques de placements d'enfants

L'enfant handicapé en famille d'accueil - Besoins des professionnels

Roy J. - CTNERHI - 236 bis rue de Tolbiac - 75013 Paris - 1999 - 95 f

attachement et investissement des familles d'accueil ; rôle des éducateurs et des équipes de soin

L'accueil familial des adultes

Cébula J.C. - Dunod - 1999 - 135 f

réalité et facettes de ce mode d'aide et de soutien des adultes en difficulté

Évaluation des dispositions de la loi du 10 juillet 1989

IFREP - 1999 - diffusion par la direction de l'action sociale

compte-rendu de l'étude nationale réalisée en 1997

agenda - informations diverses

l'accueil familial dans la presse

- à propos du statut des assistantes maternelles

les non-professionnels : une "nouvelle" source d'acteurs sociaux
le journal de l'action sociale, n° 34, février 1999

le statut dérogatoire et contesté des assistantes maternelles
l'actualité juridique - fonctions publiques, janvier-février 1999

la manifestation organisée par FO et le SNPAAM à Paris le 5 juin 1999
actualités sociales hebdomadaires n° 2121 du 28/05/99 et 2123 du 11/06/99
travail social actualités, n° 742, 11 juin 1999

- à propos de la mort de 2 travailleurs sociaux à Tonnerre

émotion après l'agression mortelle de 2 travailleurs sociaux
actualités sociales hebdomadaires, n° 2114, 9 avril 1999

réaction du CONCASS
le lien social, n° 486-487, 20 mai 1999

- à propos des pratiques d'accueil familial d'enfants

dossier : quelle fonction pour le père en placement familial ?
le lien social, n° 469, 14 janvier 1999

- à propos de l'accueil familial des adultes

l'accueil familial des adultes : une évaluation pour revoir la loi de 1989
le quotidien du médecin, n° 6423, 28 janvier 1999

accueil familial des adultes : l'évaluation nationale rendue publique
actualités sociales hebdomadaires, n° 2105, 5 février 1999

consolider l'accueil familial
accueil familial en Isère : les fruits de 11 ans d'expérience
le journal de l'action sociale, n° 35, mars 1999

des adultes en famille d'accueil
santé mentale, n° 36, mars 1999

l'accueil familial des personnes âgées en Martinique
le journal de l'action sociale, n° 33, janvier 1999

film

Parce que c'est nous tous

Cébula J.C., De Fonséca P. - IPI - 50 rue Samson - 75013 Paris - 210 f

film vidéo en trois parties consacré au métier de famille d'accueil à travers les témoignages des assistantes maternelles, de leurs enfants et de leur conjoint

éditorial

Dans l'accompagnement et le compagnonage qu'il sous-entend, on ne sait pas toujours qui accompagne qui...

Cependant, cette notion est adaptée à l'accueil familial tant il est nécessaire de cheminer ensemble dans ce paysage de l'amour et de la souffrance afin de ne pas s'y perdre et de ne pas s'y aliéner, et afin d'en retirer des savoirs pour continuer sa route.

Accompagner donc, plutôt que suivre ou contrôler. Sachant que les mots ne sont pas les choses et qu'un changement de terminologie ne suffit pas à modifier les attitudes... Quoique ?

Accompagner donc, mais accompagner quoi et comment ?

Les idéologies de l'accompagnement sont aussi nombreuses que celles du placement et de l'accueil familial. Cependant, des pistes se dégagent parfois, qui se donnent pour objectif d'accompagner l'accueil familial, sa problématique et ses effets sur l'accueilli, ceux qui l'accueillent et ceux dont il est séparé.

Ces niveaux d'accompagnement sont plus ou moins pris en compte. Certes, les accueillis, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants, sont accompagnés (on dit parfois suivis) mais qu'en est-il de l'assistante maternelle et de sa famille ? Quant aux parents, c'est-à-dire cette parenté amputée, chacun sait qu'il n'est pas aisé de l'accompagner.

Un concept est peut-être en marche. Il suppose des réflexions et des bases théoriques pour fonder une pratique nécessaire afin d'aider des enfants à grandir et des adultes à poursuivre leur aventure de vie, des parents à trouver et à tenir leur place, et des familles d'accueil à assurer un travail qui reste sans véritable définition professionnelle...

L'accompagnement pourrait être également abordé du côté des intervenants, mais ne trouvent-ils pas des lieux et des espaces s'y apparentant dans leur cadre de travail ?

Pour ce septième numéro et les suivants, le comité de rédaction a subi quelques modifications. Ses membres se sont engagés, plus que d'autres, à accompagner la revue. Accompagnement auquel chacun est invité en envoyant articles, compte-rendus d'expérience...

Enfin, l'actualité est si importante que plusieurs pages lui sont consacrées pour aborder la rémunération des assistantes maternelles, celle des familles d'accueil pour adultes, ainsi que la réforme de la loi du 10 juillet 1989 et quelques aspects des risques du métier.

CONTINUITÉ ET TRANSFORMATION D'UN SYSTÈME FAMILIAL

Daniel SCHURMANS (psychiatre, psychothérapeute)
centre hospitalier spécialisé l'Accueil, Lierneux (Belgique)

1. La rencontre accueillants-accueillis

Il faut se représenter ce qu'est la rencontre entre un accueilli et une famille d'accueil, et la prendre pour ce qu'elle est : un événement inouï. Oublions la patine que notre familiarité avec l'événement y a déposée ; oublions les procédures administratives qui émoussent notre sensibilité et l'acuité de notre regard.

L'événement est inouï parce qu'un groupe humain décide d'ouvrir son intimité la plus proche à un inconnu, à un étranger d'autant plus autre qu'il est, souvent, défini comme un être à problèmes, et accepté comme tel. Il est inouï parce qu'une personne, l'accueilli, accepte de se couler dans un moule dont il ignore a priori les contraintes, et dont il attend tout autre chose que ce qui lui sera donné : il en attend le retour à la cellule familiale d'origine expurgée de tous ses défauts et de toutes ses souffrances. Attente mythique, on l'a dit assez, mythique de part et d'autre. Attente porteuse d'espoir et d'énergie, mais également d'une part inévitable, et que l'on pourrait croire déterminante, de déception.

L'accueil familial possède donc bien les caractéristiques, que l'on a aussi attribuées à la cure analytique, de mobilisation transférentielle et contre-transférentielle, et de frustration permettant la sortie du transfert. Je pense qu'il trouve dans ces caractéristiques de structure une bonne part de sa puissance. Mais je voudrais consacrer mon propos à la manière dont cette rencontre étonnante se déploie dans le temps qui passe et dans celui de la mémoire.

1.1. Lorsqu'on considère la rencontre comme un événement inaugural, on voit qu'elle détermine un projet et qu'elle cause une surprise.

C'est une première contradiction. La surprise, l'imprévu de la rencontre brouillent le projet initiateur de l'accueil, et le forcent à se transformer. Si l'accueil n'est pas interrompu, un projet modifié se reconstitue nécessairement. L'accueil introduit donc dans le système relationnel de chacun des acteurs, dans leur projet de vie, une nouveauté radicale, une transformation obligée. Il contrarie les plans que chacun avait faits, notamment ceux qui l'avaient poussé à décider, ou à accepter l'accueil lui-même.

D'un point de vue systémique, l'accueil est une "catastrophe" au sens premier du terme : c'est un événement qui détruit les équilibres acquis. Au moins met-il en danger d'incohérence et de non-sens ce que la famille d'accueil avait élaboré jusque-là pour régir sa vie relationnelle. Il exige, d'urgence, une redéfinition des équilibres. Dans le meilleur des cas, la négociation s'instaure spontanément entre les différents acteurs, y compris bien entendu l'accueilli lui-même, pour autant qu'il sache se définir face à autrui, et pour autant qu'on laisse à ce trublion le droit et l'occasion de s'exprimer.

Mais d'autres situations, moins favorables, se rencontrent : le plus souvent, le sentiment de danger est assez grand pour bloquer les processus de négociation. Au lieu de parler de ce qui se passe, au lieu de redéfinir la relation entre les membres du groupe en utilisant les ressources clarifiantes du langage, on utilise les mécanismes plus obscurs de la pression sociale. On utilise des codes comportementaux très archaïques, qui permettent à chacun de retrouver une position sans qu'aucun mot de commentaire ne soit prononcé.

Dans une telle occurrence, le plus faible, disons en général l'accueilli, se retrouve au bas de l'échelle, parce que ces mécanismes ne se réfèrent pas à une loi, mais au rapport des forces. Il arrive toutefois qu'une coalition se forme pour soutenir l'accueilli, plutôt d'ailleurs au bénéfice des intérêts de la coalition qu'en reconnaissance de ses intérêts propres. Si la position dans laquelle il se retrouve n'est pas trop basse, c'est qu'on lui aura attribué une niche, je veux dire un rôle et une place où certaines de ses caractéristiques pourront être valorisées sans rien mettre en danger, pour autant qu'il s'y confine, des équilibres familiaux.

Quand ces mécanismes (négociation ou pression sociale) échouent, quand le danger perçu de la présence étrangère persiste, seuls restent l'exclusion et le confinement.

- La première est somme toute un mécanisme de défense acceptable, c'est même un droit essentiel aux familles d'accueil qui ne peuvent être obligées d'outrepasser leurs limites. Certaines formes doivent être évidemment respectées. C'est à l'équipe d'intervention d'y veiller. La fin prématurée d'un séjour étant une blessure pour la famille aussi bien que pour celui ou celle qu'elle voulait accueillir, l'une et l'autre doivent pouvoir la cicatrifier. Plutôt que d'exclusion, c'est "d'exfiltration" qu'il devrait s'agir, avec les mêmes précautions tatillonnes que prennent les services secrets pour tirer leurs agents d'une situation délicate.

- Le second, le confinement, est inadmissible et ne devrait pas exister. Mais on le rencontre, moins souvent sous la forme d'un confinement dans l'espace que dans celle d'un confinement symbolique : la personne accueillie est toujours là, mais on lui dénie toute influence dans la vie du groupe, ce qu'elle dit ne compte pas, ce qu'elle fait n'offre aucun intérêt et ne possède aucune signification. C'est l'exemple type de l'accueil pathogène. On notera qu'il est pathogène aussi pour la famille, car celle-ci s'est créée à l'intérieur d'elle-même un espace de non-sens. Nous en verrons bientôt le danger fondamental.

1.2. On peut, on doit aussi considérer la rencontre comme un événement évocateur, sollicitant la réminiscence de souvenirs lointains et soigneusement enfouis. Posons d'abord que la rencontre de l'autre, de son visage, de son corps, de sa façon d'être et de toutes les perceptions qui en proviennent, nous parle plus profondément que nous le croyons. Elle s'adresse directement à notre inconscient. Elle lui parle de la façon la plus claire, lui apporte une connaissance immédiate et approfondie, non pas de ce que l'autre est en soi (ce qui serait une objectivation que l'inconscient est rigoureusement incapable de faire), mais de ce que l'autre est en nous.

La rencontre de l'autre nous renvoie à la manière dont s'est constituée la représentation imaginaire que nous nous sommes faite de nous-mêmes : image en miroir, où nous devenons ce que l'autre voit de nous en nous renvoyant, dans son regard, un peu de ce qu'il est lui-même. Sans le savoir, nous connaissons un bon bout de la morphopsychologie (correspondances entre la forme physique et la personnalité) et de la sémiotique (science des signaux et des codes). Mais ce n'est pas nous qui savons tout cela, car nous nous débrouillons en général très bien pour que cette connaissance ne parvienne pas jusqu'à la sphère consciente. Elle est gênante, cette connaissance, car elle provient d'un lieu où la distinction entre moi et l'autre n'existe pas. Nous préférons la refouler, la remplacer par une connaissance objectivante et rationnelle, beaucoup moins efficace à vrai dire, incertaine et lente à se construire, mais rassurante. Pourtant, nous ne réussissons pas à la détruire. Elle est là, dans l'inconscient, et de temps à autres nous en parvenons des messages, des intuitions plus ou moins fulgurantes, des sympathies ou des antipathies irraisonnées et incontrôlables.

Dans l'inconscient, la rencontre de l'autre nous sollicite, nous dispose d'une façon spécifique, va chercher des correspondances insoupçonnées. Toute rencontre est bouleversante, et c'est pour cela que nous sommes en général si froids, si distants. On se protège comme on peut.

La rencontre qui a lieu en vue d'un accueil possède en outre quelque chose de particulier. On peut moins s'en défendre, puisqu'il s'agit d'accueillir. Faire entrer l'autre dans l'espace familial, c'est introduire un "révélateur d'inconscient" dans un champ déjà structuré par l'interaction des inconscients des gens de la famille, par l'histoire familiale, par le dit et par le non-dit.

L'histoire familiale est un livre dans lequel les ressorts dramatiques de l'intrigue sont des blancs, des paragraphes effacés par les mécanismes de défense. Comme des cryptogrammes, ils peuvent redevenir visibles sous l'action de figures évocatrices. Un exemple simple est celui de l'enfant qu'on a perdu, dont l'absence détermine la vocation à l'accueil d'un être différent, d'un autre enfant, d'un adolescent ou même d'un adulte dont la présence tout à coup réveille des sentiments qu'on ne soupçonnait pas.

Mais cet exemple est trop simple. Il est utile pour reconnaître l'existence des phénomènes d'évocation dont je parle. Il est insuffisant pour percevoir la séquence indéfinie par laquelle la présence d'un inconnu dans l'espace de l'intimité familiale renvoie aux blessures cachées et accumulées de génération en génération.

Si cela est admis, si l'expérience et la pratique s'accordent à mon affirmation, on verra que la raison même qui pousse à l'accueil pousse également à se défendre des conséquences de l'accueil, et donc à se défendre de la personne qui incarne ces conséquences, à savoir l'accueilli. L'ambivalence de la démarche est donc inscrite dans la possibilité même qui la fonde. La réaction défensive, qui risque de mettre fin à l'accueil ou de le pervertir, est donc conjointe à la blessure qui rend l'accueil possible et qui en détermine la portée thérapeutique.

On saura, en effet, que tout thérapeute est un être blessé. Le chamane tire sa légitimité d'une maladie grave, d'une crise de folie, ou de la proximité de la mort, transformées par la volonté des dieux, ou par une obscure alchimie psychique, en un voyage initiatique. Le psychanalyste fait d'abord l'expérience de la déréliction du patient livré à sa propre anormalité, laissé en plan sur le divan, exposé au regard du Sujet supposé savoir.

De la même manière, les accueillants tirent leur légitimité et leur charisme de ce qui les rend proches des accueillis, pour autant qu'ils sachent transformer leur souffrance en ouverture, leur terreur en intuition, leur horreur en admiration créatrice. S'accepter soi-même tel que l'on est, avec sa face claire et sa face obscure, est bien une condition essentielle pour savoir accueillir.

Dans de telles conditions, le rôle de l'équipe d'accompagnement est forcément difficile : elle est responsable de ce que soit thérapeutique la résultante d'une situation nécessairement ambivalente. De nombreuses erreurs d'évaluation, commises de bonne foi, viennent de ce que les évaluateurs ont été sensibles à un aspect de la réalité d'un accueil en négligeant les autres aspects. Encore est-il insuffisant de se contenter d'opposer le pôle favorable et le pôle défavorable d'une même réalité. Il est beaucoup plus intéressant d'en saisir l'articulation.

Un accueil est une aventure vivante en continuelle transformation. Ce qui est bon pour l'accueilli à un moment donné peut être mauvais trois mois plus tard, sans aucune volonté de mal faire et sans aucun reniement, de par l'évolution naturelle des interactions relationnelles. Or, nous avons tous tendance à traiter nos impressions comme des choses, et les caractéristiques observables des gens que nous rencontrons comme leur nature profonde.

Contre cette tendance qui conduit à l'erreur, il faut que nous nous dotions d'une véritable méthode d'observation dialectique.

2. Vers une méthode d'observation

2.1. Le premier principe d'une telle méthode est de considérer la famille d'accueil, et l'institution de supervision elle-même, comme un milieu vivant qui, comme tout milieu vivant, cherche à maintenir sa stabilité interne tout en étant habité par des forces de transformation irrépressibles. Observons ces transformations, cherchons à identifier les forces qui sont à l'œuvre là, et à saisir en même temps les efforts qui sont faits pour maintenir une stabilité suffisante : il faut en effet que le milieu conserve sa cohésion.

Le temps passe, les gens grandissent, vieillissent, les enfants s'en vont, les plus âgés disparaissent, les mariages et les naissances introduisent de nouvelles figures dans le cadre familial, les accueils successifs modifient parfois radicalement les forces en présence.

Les conflits qui surviennent méritent une attention particulière, qu'ils mettent en cause les membres de la famille entre eux, ou ceux-ci avec les accueillis, ou encore la famille d'accueil avec les intervenants extérieurs, voire les intervenants entre eux. Au lieu de considérer les conflits comme une gêne, comme un dysfonctionnement de l'ensemble (ce qu'ils sont d'ailleurs indiscutablement aussi), j'invite à les considérer comme un facteur de transformation, comme un révélateur précieux, comme un instrument d'analyse et d'action.

S'il y a conflit, il y a demande d'intervention. Si l'on analyse pertinemment le conflit, on saura intervenir de façon thérapeutique, c'est-à-dire d'une façon qui, à la fois, résoudra le conflit et fera évoluer la situation vers son dépassement. Au contraire, si l'on ne considère le conflit que sous son aspect négatif, on sera tenté d'adopter une attitude de recouvrement qui résoudra peut-être le malaise, mais en laissera subsister les racines et en bloquera l'évolution.

Pour faciliter l'appréhension positive des conflits, je propose d'utiliser l'analyse systémique. Considérons, selon ce point de vue, le fonctionnement ordinaire d'un système qui marche bien. Le terme de système est très général, il désigne tout ensemble d'éléments en interaction. Ce peut être un moteur, un étang, une famille, une institution et bien d'autres choses encore.

Les interactions sont le fonctionnement du système. Elles s'entretiennent les unes les autres, et provoquent un résultat.

On dira que le système fonctionne bien si le résultat est conforme à la finalité du système, et s'il lui permet de ne pas se bloquer ou de ne pas se détruire lui-même. Nous ne considérons ici que les systèmes qui marchent bien, pour faire observer deux choses :

- en apparence, ils sont faits pour durer. Ils s'entretiennent eux-mêmes. Ils ont toutefois besoin pour cela d'un apport d'énergie extérieure ;
- en fait, ils produisent toujours une quantité plus ou moins grande de sous-produits dont l'accumulation conduirait au blocage de l'ensemble, s'ils n'étaient pas éliminés à temps.

Nous appellerons routine le fonctionnement harmonieux d'un système, et déchets les sous-produits dangereux. La description ne s'applique pas seulement à un milieu biologique, mais aussi aux relations au sein d'un groupe humain tel qu'une famille.

Il faut entendre par le mot déchets, dans ce dernier cas, les restes inutilisables, improductifs et souvent douloureux de l'aventure relationnelle : les émotions qu'on n'ose pas partager, les malentendus, les incompréhensions, les mauvaises habitudes, les pesanteurs. Mais aussi ce qui ne cadre pas, ce qui ne s'accorde pas ou qui ne concourt pas aux objectifs explicites que le groupe s'est donné. Ces déchets, nécessairement, s'accumulent. Il est parfois possible d'en expulser une partie, par exemple en en chargeant un bouc émissaire.

Mais l'expulsion est toujours incomplète. Il vient un moment où l'accumulation d'éléments inutilisables rend impossible la poursuite de la routine. Ce qui était dissimulé jusque-là vient alors à l'avant-plan. Le non-dit se crie. Les intérêts sacrifiés revendiquent. Le conflit éclate. Le système entre en crise, et alors, et alors seulement se met en condition de changer vraiment.

Bien entendu, un système change toujours, même en-dehors des périodes de crise, mais son changement suit alors des rails, il se situe dans une continuité évolutive. La crise comporte un risque de déraillement, mais aussi une chance de réorientation positive. On parlera de bifurcation pour désigner le moment où le système hésite entre deux comportements : rester sur les rails, maintenir la routine, ce qui suppose de continuer à produire les mêmes déchets et conduit au blocage ; ou changer de direction et entamer une nouvelle routine qui mettra bien quelques temps avant d'entrer elle-même en crise. Le changement d'orientation implique, notons-le car c'est important, une utilisation possible des déchets produits par la routine précédente. En d'autres termes, ce qui était inutilisable peut trouver, dans le nouveau fonctionnement, une utilisation insoupçonnée et devenir un élément fonctionnel ou indispensable.

C'est au moment où se présente une bifurcation que l'action des intervenants est déterminante. Aussi longtemps que le système chemine sur des rails, on ne peut guère qu'accélérer ou freiner quelque peu le mouvement. Au contraire, s'il arrive à un embranchement, une poussée légère peut avoir de grands effets, en empêchant ou en favorisant la nouvelle orientation.

2.2. Les concepts systémiques que je viens d'exposer peuvent aider à comprendre et à gérer les phases de transformation d'un système familial. En revanche, ils n'aident guère à comprendre pourquoi un tel système se doit de rester fidèle à lui-même tout en évoluant, et comment il y parvient.

Les notions sociologiques d'objectivation et d'ancrage, empruntées aux travaux de S. Moscovici, viennent ici à notre secours. Le groupe familial vit ensemble une série indéfinie d'interactions qui constituent son quotidien, sa pratique sociale. De cette pratique, il tire une certaine représentation (sociale) de ce qu'il est, et de ce que sont les différents éléments, notamment les différentes personnes, qui le constituent. De la pratique naît un objet représenté, dont on oublie d'ailleurs très vite qu'il a été construit socialement. Ce phénomène a été appelé objectivation. A l'inverse, lorsqu'une représentation est constituée, elle influence la pratique sociale. Par exemple, le prestige accordé pour quelque raison que ce soit à quelqu'un conduit à donner du poids à sa parole, même dans les domaines où il est incompetent.

Les représentations que l'on se fait d'une pratique sociale influencent le déroulement de cette pratique : les représentations s'ancrent ainsi dans la vie sociale "réelle". D'où le terme d'ancrage. Lorsqu'une nouveauté significative apparaît dans la vie familiale, les représentations ne changent pas immédiatement. Elles résistent, et d'ailleurs c'est leur fonction de résister, car elles doivent donner aux membres de la famille l'impression, sans doute illusoire, de la cohérence et de la permanence de leur monde.

Elles changeront peu à peu, sous l'influence de la pratique sociale, c'est-à-dire de la vie quotidienne. Le changement ne sera pas véritablement adopté aussi longtemps qu'une discordance persistera entre la pratique et les représentations.

On voit bien que tout ce qui dans les représentations anciennes pouvait préfigurer la nouveauté, ou y préparer, prendra dans la transformation en cours un relief particulier. Entre l'ancien et le nouveau s'établit une tension compétitive. Mais le nouveau n'est jamais tout à fait neuf : dans l'ancien quelque chose, au moins, y fait écho, et cette chose devient dès lors le noyau autour duquel les nouvelles représentations se construisent.

Si le changement est trop radical, s'il ne peut trouver suffisamment d'écho dans la tradition, il est probable que les nouvelles représentations, censées en rendre compte, auront beaucoup de mal à s'élaborer.

D'autre part, les représentations anciennes continueront longtemps d'influencer les nouvelles, parfois sans qu'on s'en rende compte. Un accueil familial, réalisé par exemple dans une famille en deuil d'un jeune enfant, verra la représentation de l'accueilli affectée d'une crainte irrationnelle dont il vaut mieux savoir l'existence et l'origine.

2.3. Dans le contexte particulier d'une famille, les représentations anciennes sont souvent d'une nature très spécifique. C'est de notre famille et de son histoire que nous tenons notre identité et les modalités qui la caractérisent.

La psychanalyse freudienne nous a habitués à voir dans les conflits affectant le désir du jeune enfant par rapport à ceux de ses parents la scène où se joue notre identité, et dans l'identification aux images parentales la matrice qui sert de moule à notre personnalité. Mais elle ne nous interdit nullement de regarder au-delà du triangle oedipien et d'interroger les lignées dont nous sommes issus et la manière dont s'est transmise, d'une génération à l'autre, la mémoire consciente ou non, dithyrambique ou interdite des heurs et malheurs familiaux.

La pratique du génogramme permet d'établir une relation claire entre les événements qui ont marqué les générations passées et les difficultés existentielles des vivants d'aujourd'hui. On peut dire cette relation d'autant plus nette, que les événements passés n'ont pas été dits et racontés, qu'ils n'ont pas été signifiés par le langage. Je fais ici référence aux secrets de famille et à ce qui en dérive, ces structures matricielles de symptômes auxquelles on a donné les jolis noms de fantômes et de cryptes.

Voilà une chose que les guérisseurs, de tous les temps et de toutes les traditions, savent et manient avec beaucoup plus d'aisance que nos thérapeutes. De nombreux travaux d'ethnographie ont montré que les pratiques guérisseuses tiraient leur efficacité d'un traitement des traumatismes et conflits familiaux, visant à réconcilier les familles et à apaiser leurs tensions internes sans pour autant dévoiler les ressorts de celles-ci, en les abordant par la voie d'un symbolisme allusif.

Cette constatation n'a de sens que si l'on admet une forme de causalité psychique entre, par exemple, la folie d'une jeune accouchée et les conflits secrets qui avaient ébranlé son village plusieurs générations auparavant.

Bien plus, pour que le guérisseur puisse le deviner, car il n'est pas nécessaire qu'il ait fait une enquête préalable, il faut postuler que la jeune accouchée de cet exemple connaisse ces secrets, le plus souvent inconsciemment par les effets sur elle de la pratique sociale qu'ils inspirent. Et que les symptômes de sa folie les traduisent, d'une manière perceptible au seul guérisseur.

A partir de ces travaux ethnographiques, l'anthropologie actuelle nous propose la théorie d'une identification transgénérationnelle. Selon cette théorie, une "hérédité" symbolique fait de nous le résultat d'une histoire dont nous portons les marques et les cicatrices sans le savoir. Et lorsque nous devenons malades psychiquement, le choix de nos symptômes indique à qui peut le lire l'existence d'un trouble identificatoire par rapport à nos lignées paternelle et maternelle. Ces troubles entraînent d'ailleurs souvent des difficultés pratiques sur le troisième axe identificatoire, qui est l'axe d'alliance où viennent figurer nos amours, nos amitiés, nos rivalités et toute la gestion de nos relations horizontales par rapport à nos égaux et contemporains.

Ce détour par l'anthropologie culturelle est destiné à montrer comment l'institution familiale affronte les changements en faisant constamment référence à son passé. Même si cette référence est inconsciente en partie, car l'inconscient n'a pas de leçons à recevoir sur le plan de l'efficacité. Grâce à cette référence, la famille réussit remarquablement bien à instituer sa propre continuité. Elle le fait par le moyen d'un code symbolique dont personne - sauf le guérisseur, expert en la matière - n'a véritablement la clef.

3. En guise de conclusion

Accueillir quelqu'un, être accueilli, constituent un changement radical dans l'existence du groupe et des individus concernés. Accueillir, c'est donc aussi accueillir le changement et se donner les moyens d'y parvenir. Sous-estimer l'importance du changement est sans doute le meilleur moyen de le refuser. Pour que l'accueil réussisse, il faut que, malgré sa nouveauté, il s'inscrive dans la continuité de l'histoire familiale, comme une des bifurcations possibles, autorisées par le système, et trouvant une partie de son sens dans la réserve des significations virtuelles élaborées par la famille, et tenues par elle en réserve de ce qui peut advenir.

En d'autres termes, l'accueilli vient occuper la place qui consciemment ou non lui aura été préparée par la pratique sociale de la famille actuelle et des générations antérieures. Lui-même confère aux personnages qui l'accueillent la place qui, dans ses représentations héritées de son histoire personnelle et familiale, leur convient le mieux.

Tout cela se fait spontanément, il n'est pas nécessaire d'en être conscient. Mais cette répartition des places imaginaires peut être à l'origine d'un échec et d'une grande souffrance, si elles ne sont pas satisfaisantes pour l'un ou pour l'autre, ou si la répartition de l'un est incompatible avec celle de l'autre. C'est une chose que l'on doit savoir quand on veut être famille d'accueil.

Est-il possible, en tant que praticien de l'accueil familial, de tenir compte des enjeux redoutables et fascinants qui s'y jouent? Nous savons bien que l'accueil trouve son origine dans une pratique empirique, et que les tentatives de l'expliquer par une théorie empruntée à la pratique institutionnelle ou à la thérapie individuelle ont échoué.

Peu à peu s'élabore une théorie autonome et propre à l'accueil familial. Cet outil encore imparfait ne peut nous fournir d'emblée, à supposer qu'il puisse un jour le faire, un guide pour nos interventions. Dans un premier temps, contentons-nous d'y trouver une méthode d'observation aussi judicieuse que possible.

L'accueil familial pourra être considéré comme réussi (au moins pendant un certain temps) dans la mesure où le changement qu'il apporte permet de renouer des liens rompus. C'est un paradoxe puisqu'en général le changement comporte, au moins, un risque de rupture. Mais nous avons affaire à des candidats à l'accueil, qu'ils soient enfants ou adultes, qui se trouvent avoir rompu les liens réels ou les liens symboliques qui les reliaient à leur histoire.

L'accueil familial se présente comme un processus de réancrage, offrant à l'accueilli une nouvelle place, de nouveaux liens sociaux, et peu à peu la possibilité de se construire une meilleure représentation de ce qu'il est et de préciser sa position de sujet.

L'enjeu est celui-là. Le rôle des intervenants est dès lors, et en tout premier lieu, de savoir dans quelle mesure c'est bien cela qui se passe, ou non, dans un accueil familial. Je leur propose donc, en conclusion, de reprendre les trois ou quatre points déjà évoqués et de s'en servir dans leur pratique :

- Considérer la famille d'accueil comme un milieu vivant, appelé à se transformer tout en restant fidèle à lui-même. Ceci implique de se demander si elle est prête au changement que l'accueil introduit, comment l'accueil s'inscrit dans les représentations collectives, et quelle place sera faite à l'accueilli en fonction de ces représentations.

- Une fois l'accueil réalisé, il faut évidemment confronter l'hypothèse à la réalité observée. En particulier, on verra si la présence de l'accueilli n'oblige pas le milieu d'accueil, pour rester fidèle à lui-même, à adopter des stratégies défensives nuisibles à l'accueilli. Dans certains cas d'ailleurs, on constatera que l'accueilli est nuisible à la famille d'accueil, et ce ne sera pas toujours volontairement.

- L'apparition ou la résorption de symptômes est un élément d'observation très important. Il faut donner ici au mot symptôme une acception très large, mais qui n'exclura certes pas l'acception strictement médicale du terme. Les changements de comportements significatifs de l'accueilli (ou des accueillants d'ailleurs) peuvent nous indiquer de quelle manière la relation d'accueil affecte les références identificatoires, paternelles et maternelles, de chacune des personnes considérées.

- Enfin, on observera aussi comment, dans l'interaction journalière entre accueillants et accueillis, les événements vécus reçoivent un sens, par la façon dont on en parle, dont on est capable de parler de tout, de ce qui est agréable et de ce qui ne l'est pas, en en restituant le sens. A l'inverse, les réactions de défense seront pointées comme telles : jugements à l'emporte-pièce, défense ironique, recours à l'argument d'autorité, dénégations.

Il ne s'agit évidemment pas de se scandaliser de l'existence de ces défenses, à coup sûr nécessaires parfois, mais d'en observer la pertinence par rapport à ce qui se joue à ce moment-là dans l'interaction, et d'en observer aussi le résultat chez la personne accueillie. Ce sera très bien si la relation est clarifiée et si le dialogue reprend. Ce sera mauvais si cela aboutit à mettre l'accueilli, avec tout ce qu'il pense et avec tout ce qu'il sent, en position de déchet.

POUR ABORDER LA NOTION D'ACCOMPAGNEMENT EN ACCUEIL FAMILIAL

Jean-Claude CÉBULA (psychologue clinicien)
IFREP, Paris

Accompagnement : diversité

La notion d'accompagnement en accueil familial, vague et imprécise, se décline selon plusieurs registres plus ou moins repérables selon qu'elle s'applique à l'enfant, à l'assistante maternelle ou aux parents. Rappelons que d'autres termes tels que suivi, soutien, guidance, écoute, reviennent souvent pour en éclairer certains aspects.

- L'accompagnement de l'enfant :

Un premier niveau d'accompagnement est assuré par l'assistante maternelle qui est chargée des soins quotidiens. Elle est de plus en plus sollicitée, du fait de sa professionnalisation, pour faire part de ses observations lors des synthèses par exemple.

Cet accompagnement est relayé à un deuxième niveau par l'intervention d'un référent, travailleur social qui, selon ses attributions ou sa disponibilité, peut construire des liens avec l'enfant afin de l'accompagner dans les différentes étapes de la prise en charge.

Un troisième niveau est repérable lorsque sont organisés des entretiens avec un professionnel de l'aide individuelle (désigné comme thérapeute) qui centre son travail sur la résolution des conflits psychiques.

Selon les besoins, les compétences ou les idéologies, l'un ou l'autre de ces niveaux d'accompagnement s'intéressent aux systèmes relationnels enfant-parents ou enfant-assistante maternelle, ou encore enfant-parents-assistante maternelle.

- L'accompagnement de l'assistante maternelle :

L'écoute de son savoir et de ses préoccupations à propos de l'enfant, peut être un premier niveau d'accompagnement. Cette écoute est assurée par le référent ou le thérapeute de l'enfant. Dans le cadre de l'accompagnement, plusieurs lieux d'expression peuvent être proposés à l'assistante maternelle (parfois à son conjoint) : groupes de paroles, groupes d'échanges sur la pratique, voire sessions de formation.

Ces accompagnements ne sont pas centrés sur l'observation et l'élaboration pour l'enfant de la relation enfant-assistante maternelle ou enfant-famille d'accueil.

- L'accompagnement des parents :

En général, ils sont peu accompagnés.

L'accompagnement se fait à l'occasion des droits de visite ou d'hébergement de leur enfant, et peut être assuré soit par l'assistante maternelle, soit par le référent de l'enfant, soit par le travailleur social en charge de leur secteur de résidence, soit par le thérapeute.

Cette rapide description est succincte et peut paraître caricaturale.

Centrée sur l'enfant et sur la satisfaction de ses besoins immédiats, cette multiplicité d'interventions et d'intervenants ne répond pas à un besoin d'accompagnement des expériences émotionnelles de l'enfant qui sont complexes, contradictoires, difficiles à penser et à décoder.

Accompagnement et contexte : l'accueil familial

La prise en charge d'un enfant en accueil familial suppose que soient traités dans le cadre de l'accompagnement :

- Du côté des parents :

- les défaillances parentales au regard des besoins de l'enfant,
- la séparation et son élaboration,
- leur fonction particulière de parents qui n'élèvent pas leur enfant et qui peut être cause de manifestations pouvant nuire à l'évolution de celui-ci,
- la nature et la qualité des relations qu'ils construisent avec leur enfant.

- Du côté de l'enfant :

- les effets des défaillances parentales sur l'enfant,
- la séparation, les causes et ses effets,
- les besoins d'attachement et la nature des liens que l'enfant crée avec ses parents et avec son nouvel environnement.

- Du côté de la famille d'accueil :

- les modalités de l'attachement de l'assistante maternelle, dépendantes de ses motivations,
- l'implication des différents membres de la famille et la place de l'enfant,
- la capacité de penser les besoins d'un enfant présent-absent.

Accompagnement : quelques principes

1. Accompagnement comme une nécessité incontournable tant l'accueil familial mobilise le registre des affects, renvoie à la question du désir, interroge la filiation et l'identité, et exige que soient élaborés ces processus et que soient rappelés les droits et responsabilités de chacun.

2. Accompagnement centré sur l'enfant en relation, et acteur des scènes de sa prise en charge.

3. Accompagnement comme accompagnement psychique (sorte de tuteur psychique de l'enfant), et comme décodeur, aux côtés de l'enfant, des désirs et des jeux dans lesquels il est pris et agit (parfois les notions de tiers, de médiateur sont utilisées, qui ne rendent pas suffisamment compte des enjeux...).

4. Accompagnement pour penser les liens, les séparations et les réparations, pour assurer la continuité du désir (notion de continuité d'existence...), pour assurer la cohésion fantasmatique (Hervé Jaoul)...

Accompagnement donc comme une sorte de "matrice psychique" pour l'enfant.

5. Accompagnement, non comme un savoir à la place de l'enfant ou des partenaires du dispositif (parents, famille d'accueil, voire intervenants), mais comme une préoccupation à porter ses pensées, comme une sorte de holding "qui peut être assuré convenablement par quelqu'un qui n'a aucune connaissance intellectuelle de ce qui se passe chez l'individu, ce qui est nécessaire c'est une capacité à s'identifier, à percevoir ce dont le bébé a envie" (Winnicott).
Donc, l'accompagnement comme un mode de soin de l'enfant.

Accompagnement : quelques modalités

1. Cohérence : un nombre limité d'intervenants, profondément impliqués auprès de l'enfant, qui l'accompagnent sur toutes les scènes de la prise en charge.
2. Continuité : des intervenants qui s'engagent dans la durée.
3. Présence : fréquence des rencontres importante.
4. Fiabilité.

L'accompagnement comme un travail spécifique de professionnels qualifiés et spécialisés dans ce mode d'intervention.



L'ACCOMPAGNEMENT : A PIED, À CHEVAL OU EN VOITURE ?

Pascal PERROT (infirmier psychiatrique)
accueil familial thérapeutique - intersecteur Nantes-Sud Loire
centre hospitalier spécialisé de Montbert

Le terme "accompagnement" est abondamment utilisé de nos jours dans le champ médico-psycho-social, et désigne un bon nombre d'actions, thérapeutiques ou non, auprès de personnes en difficulté. Le Larousse définit en effet ce mot autour des notions "d'être avec quelqu'un", "de se joindre à quelqu'un", de protéger, d'aider. Mais il insiste sur l'action de déplacement d'un lieu à un autre. Cette action physique de déplacement est particulièrement spécifique en accueil familial thérapeutique. Elle est assortie d'un accompagnement psychique intense qui, pour peu qu'il soit pensé, préparé et qu'il tende vers un objectif précis, devient thérapeutique.

Dans notre manière de pratiquer l'accueil familial thérapeutique, nous sommes au cœur d'un réseau complexe tissé autour de l'enfant, et sommes sollicités, mandatés, pour organiser et maintenir des liens réguliers entre les multiples intervenants.

Dans un service de pédopsychiatrie, les enfants sont gravement perturbés. Leurs pathologies requièrent des prises en charge multiples, la scolarisation est parfois maintenue, et des intervenants sociaux divers gravitent autour de la famille. L'accompagnement de l'enfant s'avère alors bien souvent indispensable dans certains lieux particulièrement anxiogènes afin qu'il soit rassuré, exprime ses craintes, et que le référent maintienne des liens avec les différentes équipes.

Mais c'est entre les deux familles que l'accompagnement revêt une importance capitale. L'enfant rentre en principe tous les week-ends chez ses parents. Mais nous avons choisi d'interdire tout contact entre les parents et la famille d'accueil. Le référent est donc la seule personne visitant régulièrement les uns et les autres, et pouvant soutenir l'enfant dans ces allers et retours difficiles. Il faut donc prévoir un accompagnement lors des premiers contacts, en début d'accueil, lors des périodes de tension.

Le soutien, l'aide à la verbalisation pendant le trajet, ainsi que la médiation avec les différents acteurs, dédramatisent les premières rencontres et les retrouvailles, instants critiques pouvant conditionner les relations d'une période donnée. L'enfant est soutenu, encouragé, et bénéficie entre les deux familles d'un espace suffisamment protégé qui lui permet de s'individualiser et d'élaborer avec l'aide de son référent.

Quel moyen de transport ?

A pied ? Quel que soit ce moyen, la capacité de communication est facilitée par le fait d'aller d'un endroit vers un autre. Mais à pied, l'enfant anxieux et agité sera difficile à cadrer, à rassembler, et il sera sans cesse parasité par l'environnement extérieur. La fonction de réassurance de l'accompagnement sera plus difficile à assurer dans ce cas.

En transport en commun ? L'utilisation de ce mode de transport, s'il est un choix, revêt souvent un caractère éducatif. Le référent apprend à l'enfant à utiliser bus, métro ou tramway, à se repérer dans l'espace. Mais la promiscuité et l'environnement ne permettent pas, là non plus, un travail psychique plus important.

A cheval ? Nous n'en avons pas encore l'expérience. Mais la présence de l'animal pourrait sans doute beaucoup apporter à l'enfant. Hélas, notre administration n'a toujours pas répondu à notre demande d'équipement équestre !

En voiture ? Cela semble être un lien facilitateur de communication. La carrosserie est une enveloppe suffisamment rassurante. Les interlocuteurs ne se voient pas directement, mais le chauffeur peut observer son passager dans son rétroviseur, ou non si ce dernier décide de se cacher sur un côté de la voiture. Dans ce contexte protecteur, l'enfant peut plus facilement déverser un trop-plein d'émotions, exprimer ses craintes et sa colère, jouer avec son référent. Il peut, par exemple, lui proposer un jeu de rôle mettant en scène les protagonistes des retrouvailles vers lesquelles ils roulent.

En résumé, cette fonction d'accompagnement, tant psychique que physique, est bien un acte thérapeutique qui permet de rassurer l'enfant lors de déplacements difficiles et angoissants et lui offre la possibilité d'élaborer, de projeter et de participer ainsi à sa maturation psychique.

Deux exemples

Hélène a maintenant neuf ans. C'est une jolie petite fille blonde adoptée à trois mois et demi. Sa mère biologique a accouché sous X, et Hélène a vécu ses premiers mois à la pouponnière du foyer de l'enfance. Elle a commencé à montrer des signes d'agitation dès l'âge de treize mois. Une double prise en charge psychomotrice et psychothérapique fût instituée. Mais les problèmes s'amplifièrent à l'entrée à l'école, puis à l'arrivée dans la famille d'une autre petite fille adoptée. Son impulsivité la conduisant à des actes dangereux envers les autres enfants, et ses crises d'opposition parfois clastiques, essoufflaient son entourage.

Elle fut donc prise en charge en hôpital de jour et admise à mi-temps en classe d'adaptation.

L'épuisement de la famille a conduit à une demande d'accueil familial thérapeutique. L'amélioration dans la famille d'accueil fut relativement rapide : l'agitation baissa d'intensité, les troubles du sommeil et l'anxiété diminuèrent. Mais les retours le week-end chez ses parents étaient catastrophiques : Hélène, inquiète dès le vendredi matin, "montait en pression" jusqu'au soir. Elle était déchirée entre son désir de "faire plaisir et être gentille" et son incapacité à se contrôler. Son angoisse était au summum dans le taxi l'amenant chez ses parents, et elle explo-sait à l'arrivée. Ses parents, anxieux eux aussi, ne pouvaient qu'entrer en symétrie avec elle. L'équipe décida alors de confier pour un temps les retours d'Hélène à son référent.

Les départs de la famille d'accueil étaient source de multiples rituels : vérification du sac, des objets se trouvant dans sa chambre. Les recommandations adressées à l'assistante maternelle pleuvaient : "Que personne n'entre dans ma chambre", "ne touche à rien"....

Les parcours en voiture se déroulaient toujours selon le même scénario. Très agitée au départ, elle bougeait beaucoup, insultait les passants, racontait avec hargne ses moments d'agressivité de la semaine. Sachant que le référent avait rencontré ses parents pendant la semaine, elle lui posait un chapelet de questions sur ce qu'ils faisaient sans elle la semaine. Il s'agissait de la rassurer sur le fait "qu'elle était bien attendue".

Puis, plus se rapprochait le domicile de ses parents, plus elle se recroquevillait au fond du véhicule et devenait mutique.

L'arrivée était tendue de part et d'autre. Après un bref bonjour, elle s'engouffrait dans sa chambre, et vérifiait là aussi que rien n'avait changé.

Le référent encourageait ses parents à accepter ce comportement, et les engageait à s'installer dans le salon où il commençait à raconter quelques éléments des activités d'Hélène pendant la semaine. Puis, au bout d'un moment, Hélène pouvait revenir plus détendue et reprendre à son compte l'histoire de la semaine.

Jean a six ans lorsqu'il est accueilli dans le service. Il présente des troubles graves, évolutifs, de structure de la personnalité. Il est suivi en hôpital de jour à temps plein. C'est un enfant attachant, mais souvent épuisant par ses crises d'agitation extrême et ses périodes d'encoprésie.

A ce moment, sa maman vit seule avec trois enfants, dont Jean est l'aîné. Le père de Jean ne s'est jamais impliqué dans l'éducation de son enfant, et il a demandé à être déchu de ses droits parentaux. La maman de Jean accepte le travail proposé par le service, dans le but de reprendre son enfant à temps plein après quelques années de soin en accueil familial thérapeutique. Une ancienne mesure judiciaire d'action éducative en milieu ouvert complète la prise en charge.

L'évolution est lente mais significative.

Mais la situation se dégrade rapidement, notamment après l'installation au domicile familial d'Antoine, l'ami de maman. Les week-ends sont dramatiques. Jean est constamment encopré-tique, il est insupportable et bientôt insupporté et isolé. Il est même malmené par Antoine qui menace de quitter l'appartement.

La maman demande au juge à ne plus recevoir son fils. Devant l'extrême gravité de la situation, elle obtient rapidement gain de cause. Le foyer de l'enfance relaiera la famille d'accueil.

Des rencontres mère-enfant sont instituées tous les quinze jours dans un lieu neutre, médiatisées par notre service. Le référent de l'enfant effectue les trajets.

Lors du départ de la famille d'accueil, Jean est excité, agité, mais dit être content de voir sa maman. Il répète cependant plusieurs fois "à tout à l'heure" à son assistante maternelle. Pendant le trajet aller, il veut être rassuré sur son emploi du temps des prochains jours (cette rencontre va-t-elle changer quelque chose ?), puis sur celui de ses frère et sœur, de sa mère, et d'Antoine qu'il insulte abondamment.

La rencontre avec la maman est tendue. Jean lui arrache les cadeaux qu'elle a apportés, puis s'agite, fait du bruit. Il ne pourra se jeter dans les bras de sa mère qu'après avoir copieusement insulté Antoine. Il se calme ensuite, mais c'est lui qui, au bout de quelques minutes, abrège l'entretien nous disant "c'est fini, on rentre".

L'agitation est importante au retour. Il crie, il crache, il insulte Antoine, il est agressif avec son référent et avec l'assistante maternelle. C'est bien souvent en étant contenu physiquement qu'il peut être calmé, et deux personnes ne sont pas de trop pour canaliser sa violence.

Mais, bientôt, il peut enfin se laisser aller calmement dans les bras de l'assistante maternelle.

DE L'ACCOMPAGNEMENT...

Micheline LENNE (permanente)

Union Fédérative Nationale des Associations
de Familles d'Accueil et Assistantes Maternelles

Un constat est effectué ces quelques dernières années : la prise de conscience par les assistantes maternelles du fait qu'elles ne peuvent plus travailler seules. Les raisons ? Les difficultés grandissantes des enfants confiés, la place à conserver aux familles qui demande d'être "gérée", la responsabilité professionnelle de plus en plus engagée... et le suivi de la formation obligatoire qui a introduit les notions de place à respecter, de prise de recul nécessaire et d'exigences vis-à-vis des autres professionnels.

Dans ce contexte d'évolution des pratiques et des conceptions du travail en accueil familial, les assistantes maternelles réclament du suivi, de l'accompagnement, du partenariat ; quelquefois dans une certaine confusion de ce que recouvrent ces trois termes.

Le suivi :

il s'adresse à la situation d'accueil du jeune, à la mission confiée à l'assistante maternelle, à l'évaluation et à l'évolution du projet mis en place.

L'accompagnement :

c'est de l'enfant qu'il s'agit, avec sa famille et son assistante maternelle. C'est le domaine du ou des référents. Il s'inscrit dans le contact établi lors des rencontres et des échanges téléphoniques pour mener au mieux le projet individualisé de l'enfant, et dépend de la manière dont vont pouvoir "s'articuler" les différents acteurs de l'accueil familial.

Le partenariat :

il intègre des professionnels différents, des services divers, qui devraient apporter les spécificités de leur vision sur l'enfant et sa famille, pour une discussion ouverte, confiante, sans hiérarchie de la parole, des idées, devant déboucher sur une notion de consensus permettant de mieux orienter les actions. C'est sans doute le plus difficile à mettre en place car, si le décréter est facile, le mettre en œuvre et le pérenniser sont tâches plus ardues.

Dans l'idéal, le partenariat offre des avantages, mais pour qui ? Pour les participants ? Ou pour les personnes (enfants, familles) auxquelles il est destiné ? Dans la pratique, il peut être aussi source de déresponsabilisation, de conflits pas toujours constructifs, tout comme il peut reposer sur des personnes motivées, et "retomber" en cas de retrait des dites personnes.

Mais revenons à l'accompagnement. S'il est souhaité et souhaitable... il n'est pas équitablement réparti selon les départements, les services, les personnes.

Des progrès ont été faits dans le sens d'un accompagnement plus régulier (c'est à dire pas seulement effectué en cas de "crise" ou lors de situations enkystées). Mais il n'empêche que sa mise en œuvre se heurte encore au manque de moyens en personnels, aux rotations des référents, à certaines visions de "l'accompagnement-contrôle" ou vécu comme tel, et dans certains cas à un manque de réelle volonté politique, d'engagement, d'imagination.

Pour que l'accompagnement fonctionne au mieux, pour que "tout simplement" il fonctionne, il suppose un cadre de référence et des cadres compétents, ce qui relève de la responsabilité du service. Mais il a également besoin d'assistantes maternelles qui participent, collaborent activement, qui ne voient pas seulement le côté contraignant de l'accompagnement, qui ne s'imaginent pas que le référent peut tout, en le transformant en "Dieu le Père" ou en "bouc-émissaire", et qui ne s'autorisent pas des alliances soit avec les familles, soit avec le travailleur social, en veillant, de leur place, à rester objectives. Mais qui, aussi, sachent protéger leur propre famille des contraintes quelquefois abusives imposées sous couvert d'accompagnement !

Tout ceci demande un certain rodage, des remises en cause respectives et permanentes, une certaine forme de courage professionnel, mais surtout de la confiance, du respect de l'autre, de la connaissance de la loi qui sous-tend l'action sociale.

Et pourquoi ne pas réfléchir aussi à une forme d'accompagnement par le biais de lieux de réflexion, institutionnalisés ou non, mais ouverts en terme de pluridisciplinarité ?



LE DÉPART D'UN ENFANT : UN TEMPS FORT DE L'ACCOMPAGNEMENT

Bernadette MAINHAGU-LE TOUMELIN (psychologue clinicienne)
Châteauneuf de Grasse

Le départ d'un enfant du domicile d'une famille d'accueil met en scène quatre partenaires : l'enfant, ses parents, la famille d'accueil et le service. Il est essentiel de s'arrêter sur ces deux derniers partenaires en observant, à travers les propos des assistantes maternelles, le vécu lors de ces moments.

Puissent-ils servir de guide à l'action des intervenants dans ce "temps-sas" qui va de la fin de l'accueil à l'attente du prochain accueil.

Le départ d'un enfant occasionne de la souffrance chez la famille d'accueil. L'intensité de ce vécu est à la mesure de l'investissement qui était engagé. Toute la famille est concernée.

Le temps du départ est souvent vécu par les familles d'accueil comme un délaissement. De nombreuses questions surgissent, allant parfois jusqu'à la remise en questions de leurs motivations à faire ce travail... Entre temps privé et temps professionnel, ce moment d'attente reste riche et fécond pour la suite.

Le terme de délaissement semble approprié pour qualifier le ressenti des assistantes maternelles. On peut parler d'un réel travail de deuil, même si les assistantes maternelles hésitent à le reconnaître. Le travail de deuil doit s'entendre comme un mouvement nécessaire pour passer à autre chose, avec les composantes suivantes :

- fréquemment, la colère et la frustration : "pourquoi ne me donne-t-il plus de nouvelles, ai-je compté pour lui ?"
- pour d'autres, l'inacceptation du départ de l'enfant se confondra avec les accusations portées au service, au juge... "ils sont responsables de son départ, c'est de leur faute..."

Il ne faut pas non plus mésestimer les signes dépressifs à l'œuvre :

- chagrin, larmes
- atteinte narcissique : "vais-je être renvoyée par le service, suis-je capable..."
- lassitude ("un seul être vous manque et tout est dépeuplé"), l'assistante maternelle se demande quels vont être ses désirs, comment et que faire de son temps, comme s'il s'agissait d'une suspension du monde extérieur...
- fatigue : le corps parle, traduit à sa manière ce qui ne peut être verbalisé.

Ce temps peut être considéré comme un temps fort de l'accueil familial. Questionner les assistantes maternelles sur ce qu'elles ressentent, c'est dérouler le film de l'accueil, en faisant l'hypothèse que l'on retrouve, dans ce temps, toutes les questions qui ont jalonné le placement familial, l'ont démarré, l'ont arrêté. Son ainsi passés en revue les bons et les mauvais moments, les temps incompris, les craintes et les espoirs, autant d'éléments riches d'enseignement.

A cette occasion se télescopent l'expérience d'accueil et le vécu personnel et familial. Pour bon nombre d'assistantes maternelles, c'est le temps où elles réalisent que leurs enfants sont partis, et que ce temps de séparation est venu réveiller cette réalité.

Permettre aux assistantes maternelles de parler de tout cela, c'est relever l'aspect professionnel de leur travail et aussi celui des travailleurs sociaux. Le terme d'accompagnement prend là tout son sens.

Rappelons-nous ce que dit Myriam David : l'accueil familial sera échec si le travail de deuil n'est pas fait de l'enfant précédent ; gommer trop vite le passage de l'enfant, c'est encourager au déni de la perte et faire courir le risque à l'enfant à venir de ne pas occuper la place dont il aura besoin.

DU CONTRÔLE AU SUIVI : LE SOUTIEN DE L'ACCUEIL

Michèle LONDAT (éducatrice spécialisée)
pour l'équipe d'accueil familial de l'A.P.E.I. de l'Aube

Introduction : présentation du service

Le service de suivi social de l'accueil familial a été créé en septembre 1991. Par convention, le conseil général a mandaté l'Association de Parents et d'Enfants Inadaptés de l'Aube pour effectuer le suivi de l'accueil familial des adultes handicapés mentaux et assurer la formation des familles d'accueil. Actuellement, 26 familles accueillent 39 adultes (26 sont accueillis à temps plein, 4 travaillent en centre d'aide par le travail, 9 sont accueillis pour les week-ends. Le personnel du service est composé d'un directeur du département "hébergement" des adultes, qui comprend plusieurs foyers, un foyer occupationnel, et un service d'accompagnement), d'une psychologue à quart temps, d'une monitrice éducatrice à mi-temps, d'une secrétaire à quart temps, et d'une éducatrice spécialisée à mi-temps.

La loi du 10 juillet 1989 parle de "suivi social et médico-social des personnes accueillies". Nous préférons parler de suivi de l'accueil, formulation qui semble plus adaptée à notre travail. En effet, nous nous intéressons à la relation qui lie l'accueilli et la famille accueillante, et à la façon dont se déroule la vie quotidienne dans cette maison, avec la personne accueillie qui est venue se greffer sur la cellule familiale. Quelles incidences sur les membres de la famille, comment la personne est-elle intégrée dans celle-ci, comment la famille assume-t-elle les regards extérieurs ? Il s'agit d'interrogations de fond pour le bien-être de l'accueilli, car celui-ci passe par le bien-être de l'accueillant (dans sa relation avec l'accueilli).

La question est ici de parler du fonctionnement du suivi et du contrôle pour s'assurer de la qualité de l'accueil et répondre aux besoins des familles d'accueil et des accueillis. Quelles sont les actions de soutien à mettre en œuvre ?

1. Fonctionnement du suivi et du contrôle

Le but des visites à domicile est de permettre, à travers des échanges et des interrogations réciproques, l'élaboration et le suivi du placement. Il est demandé de s'assurer du bien-être physique et moral de l'accueilli, de la satisfaction de ses besoins vitaux.

Cependant, l'équipe ne se contente pas de savoir si la personne est "bien nourrie, logée et blanchie" : pour nous, l'accueil familial, ce n'est pas de l'hôtellerie.

Un suivi digne de ce nom entraîne d'autres tâches : en effet, les objectifs du service comprennent deux axes principaux :

- par rapport à l'adulte accueilli, faire exister celui-ci en tant que sujet participant à une vie familiale, c'est-à-dire ne pas le laisser dans une situation passive d'être accueilli, et d'autre part travailler à son devenir d'adulte en rapport avec son degré d'autonomie ;
- par rapport à la famille d'accueil : mener un travail de réflexion sur l'engagement personnel et sur le vécu de l'accueil.

Les visites à domicile aident pour l'élaboration du projet individualisé de la personne accueillie. Nous formulons un projet initial qui est élaboré avec les autres intervenants, puis nous le réajustons en partie avec la personne agréée pendant les visites à domicile et/ou en équipe à partir des observations de celle-ci. En effet, la famille d'accueil est la plus à même de nous renseigner sur les potentialités de la personne accueillie.

Quelle peut être la durée de l'accueil (court, moyen, long terme) ? Quels sont les points à travailler (autonomie, socialisation, apprentissage des actes de la vie quotidienne) ? Cette dernière est d'ailleurs organisée selon le rythme de vie de la famille d'accueil, par rapport à ses valeurs, habitudes et style de vie. Nous devons tenir compte de cela pour déterminer si la famille d'accueil est plus ou moins dans un travail de socialisation, d'éducation, de maternage...

Le service se charge également de l'adéquation entre l'accueillant et l'accueilli, ce qui nous paraît être une première démarche en vue de permettre une qualité de l'accueil, bien que cela n'apparaisse pas expressément dans la loi. Cela apporte cependant une difficulté supplémentaire. Comment gérer les demandes et les places disponibles ?

Le département agréé, les familles d'accueil attendent un adulte. Nous sommes sélectifs à propos des adultes dont nous pensons qu'ils peuvent bénéficier d'un accueil familial. Mais si on ne lui confie personne, la famille d'accueil se pose rapidement des questions.

Multiplier les essais non concluants peut être déstabilisant : pour l'adulte d'une part bien sûr, et d'autre part pour la famille d'accueil qui le vit comme une mise à l'épreuve, une mise à mal de ses compétences et de ses qualités d'accueillant. Cela peut détériorer la relation de confiance que l'on souhaite entretenir avec la famille d'accueil. La place et la demande correspondent rarement d'emblée.

Au-delà du bien-être de la personne, il est demandé aux familles d'accueil une dynamisation des personnes prises en charge pour envisager leurs possibilités d'évolution (socialisation, apprentissage de la vie quotidienne). Nous ne poussons pas dans le sens des activités (par exemple, macramé, pâte à sel) si elles ne sont pas pratiquées déjà dans la famille : cela se fait dans les institutions spécialisées ou des clubs de loisirs.

Les familles d'accueil ne sont pas des "personnels d'encadrement au rabais". Ce qui est important, c'est le partage des activités de la famille. Par exemple, le ménage, le jardinage, les sorties diverses.

Nous sommes aussi amenés à travailler sur les motivations de l'accueil. Au-delà de l'enquête qui a entraîné l'agrément officiel, lors de laquelle ces motivations ont été évoquées et analysées, il s'avère que celles-ci restent plus ou moins inconsciemment au centre des actions, ou a contrario des désinvestissements, des familles d'accueil par rapport à la personne accueillie. A partir du vécu de l'accueil et hors situation d'enquête, les personnes agréées expriment leur motivation de façon de plus en plus affinée.

Il est évident qu'il est utile de se poser en tant que tiers pour éviter l'appropriation. Celle-ci existe, et nous faisons avec, en apportant des limites ; la différence entre fonction parentale et fonction d'accueil est de "prendre en charge quelqu'un qui n'appartient pas à la famille". Cependant, une certaine appropriation n'est-elle pas nécessaire, car elle signifie lien affectif, attachement. Si cela n'existe pas ou trop peu, la famille d'accueil n'a pas envie de "donner". L'attachement est nécessaire pour "penser" l'adulte, sa prise en charge, son bien-être et même parfois dans certains cas, pour aller au devant de ses besoins.

Mais il est aussi de notre ressort de travailler à ce que l'attachement ne soit pas trop important pour ne pas ligoter l'autre (l'accueilli), et surtout que cet attachement puisse être verbalisé. La majeure partie de la visite à domicile est souvent consacrée à parler de ce qui lie ainsi l'accueillant et l'accueilli. Nous devons par ailleurs analyser les interactions familiales dues à la présence de l'accueilli et les répercussions sur celui-ci.

De plus, il est demandé à la personne agréée d'avoir des capacités à observer et à transmettre ses observations, ce qui permet de travailler à partir de ce matériel, au cours des visites à domicile. Nous pensons qu'il faut aider les familles d'accueil à exprimer leurs sentiments, leur vécu de l'accueil, sans crainte d'un jugement de notre part (de valeurs morales par exemple), et surtout de les aider à mettre en mots les angoisses provoquées par certains comportements et bizarreries des adultes accueillis.

Pour cela, il est nécessaire d'établir une relation de confiance entre le service et la personne agréée, pour aider à libérer la parole, ce qui n'est pas simple. En effet, si pour nous la mission de soutien est claire, la famille d'accueil quant à elle peut en rester sur une perception de "contrôle", ce qui peut mettre un frein à la parole. Si l'on se sent vécu comme "contrôleur", il y a des choses que nous-mêmes ne pouvons pas exprimer. Pour gagner la confiance des familles d'accueil, il faut que d'emblée nous leur fassions nous-mêmes confiance.

Un petit détail, auquel nous attachons une grande importance, permet d'illustrer ce point : nous prenons toujours rendez-vous pour les visites à domicile, nous ne venons jamais à l'improviste (dans le genre "je passais par là, j'ai vu de la lumière..."). Se sentant respectées, les familles d'accueil peuvent être plus facilement amenées à nous manifester leur propre respect.

Pour tout cela, il faut du temps, et une certaine régularité dans les visites à domicile. En cas de problème, il est préférable que la famille d'accueil pense qu'on peut l'aider. Pour nous, l'essentiel est de savoir écouter, de ne pas intervenir avec un savoir, de prendre le temps d'accompagner la personne agréée pour qu'elle trouve la solution qui lui appartient, l'idéal étant de l'amener à prendre du recul, à réfléchir pour qu'elle trouve sa solution sans lui imposer la nôtre. Nous pouvons dire que notre objectif est de soutenir la personne agréée dans sa fonction.

Nous menons aussi un travail de médiation entre la famille naturelle et la famille d'accueil, car on sait que la famille d'accueil est parfois perçue dans la rivalité par la famille naturelle. Nous demandons aux familles d'accueil de ne pas tenir de discours négatifs concernant la famille naturelle, en particulier en présence de l'accueilli, et nous insistons pour que la famille naturelle ne vienne pas sans prévenir au domicile de la famille d'accueil. Nous prenons en charge les transports de la personne accueillie, tout au moins dans les premiers mois de l'accueil.

A propos des actions de soutien, nous organisons régulièrement des regroupements de personnes agréées, sur des thèmes de formation ou pour des groupes de parole, avec un intervenant extérieur. Au-delà de l'objectif premier qu'est l'obligation de formation, cela permet aux familles d'accueil de se connaître, de rompre leur isolement et d'avoir le sentiment d'appartenir à un groupe.

Nous réfléchissons aux moyens de proposer aux adultes accueillis des temps d'activités qui seraient un complément à la prise en charge des familles d'accueil. Ceci pour aider celles-ci à "souffler", et permettre en même temps aux adultes accueillis d'entretenir d'autres relations sociales et de se confronter à la collectivité, à l'environnement social hors famille.

Actuellement, pendant le temps de formation des personnes agréées, nous prenons en charge les adultes, ce qui leur permet de vivre dans un contexte différent de leur lieu habituel, avec un cadre différent, et hors la présence de l'accueillant. C'est une organisation interne au "département hébergement", qui dégage deux éducateurs d'une autre structure pour des activités éducatives. Les adultes qui viennent régulièrement ont plaisir à se retrouver.

Mais cela ne répond pas à la demande qui émane quelquefois des familles d'accueil (souffler un peu). Par ailleurs, toutes ne profitent pas de ce temps de prise en charge offert aux adultes. Peut-être n'avons-nous pas assez insisté sur l'intérêt d'un "ailleurs" ? Dans d'autres cas, les perturbations consécutives à ce changement semblent dans un premier temps plus importantes que les bénéfiques. Ceci reste à travailler, tout en sachant que c'est la famille d'accueil qui assume les conséquences, et donc qui prendra la décision de bousculer les habitudes de l'accueilli.

2. Le "contrôle" sur les familles d'accueil

Par exemple, il convient de contrôler la salubrité et l'état général du lieu de vie. Un lieu qui se dégrade peut être symptomatique ; un lieu qui devient trop "aseptisé", "bien rangé", sans vie, peut l'être tout autant : on essaiera de comprendre ce qui se vit. C'est le ressenti de l'ambiance qui permet d'avoir des pistes sur ce qui se passe au niveau relationnel, et peut être non dit. Le contrôle est formalisé par la rédaction des bilans en vue des renouvellements d'agrément.

Par ailleurs, nous sommes nous-mêmes "contrôlés" par un travail régulier en supervision-régulation avec la psychologue du service. A travers ces échanges, nous appréhendons notre analyse du fonctionnement des familles d'accueil en travaillant sur notre propre subjectivité. Ainsi, nous sommes amenés à remettre en cause nos interventions, autant que leur action.

Cela pose aussi des limites au "pouvoir" que nous pouvons exercer sur les familles d'accueil. La psychologue aide à recadrer notre intervention et ce qui se met en jeu dans notre relation avec la famille d'accueil, et à analyser ce que nous ressentons dans la famille. Cela nous permet, de façon sous-jacente, de travailler sur les limites de chacun : les nôtres (nous ne devons pas être dans la toute-puissance d'un prétendu "savoir"), celles de la famille d'accueil (qui ne va, et ne pourra, tout "réparer" pour l'adulte accueilli), celles de l'adulte lui-même.

En marge de notre mission, et sans jouer à l'assistant social ou au thérapeute, on peut aider une personne agréée à frapper à certaines portes, l'orienter, la "ré-adresser", pour son mieux-être personnel, car accueillir un adulte handicapé chez soi n'est pas anodin. Cela peut réveiller des blessures intérieures, et peut avoir des conséquences directes ou indirectes sur la qualité de l'accueil. Du bien-être de l'accueillant découle souvent celui de l'accueilli. Chez certains adultes, c'est le mal-être de l'accueillant qui peut faire résonance.

Si nous avons peu parlé de l'accueilli et beaucoup de la famille d'accueil, c'est que nous avons volontairement axé le travail sur celle-ci, lui laissant le soin de travailler avec la personne accueillie. En effet, la famille d'accueil nous semble la mieux "placée" pour le faire.

C'est en lui reconnaissant cette compétence que nous pensons le mieux travailler avec la personne agréée. C'est notre postulat de départ. C'est aussi grâce à cette orientation que nous espérons éviter la rivalité dans nos interventions auprès de la famille d'accueil.

3. Rôle, place et fonction des différents acteurs

Il est vrai que, parfois, autour d'un adulte accueilli, il peut y avoir beaucoup d'intervenants : la famille d'accueil et le service, bien sûr, mais aussi la famille naturelle, le tuteur, le lieu de travail, le lieu d'hébergement, le psychologue pour un travail thérapeutique. Or, il faut maintenir une certaine unité dans la prise en charge. Toutefois, on retrouve les mêmes problèmes touchant à l'appropriation, à la rivalité, au partage du savoir ou à la rétention d'information. Si l'on n'est pas vigilant, on retombe dans le même travers qu'avec les familles d'accueil. Si l'on veut réussir à travailler avec d'autres partenaires, on s'aperçoit qu'il faut redéfinir les compétences, puis les limites de chacun, en commençant bien sûr par les nôtres. On doit veiller à leur laisser une place si l'on veut "défendre" la nôtre.

A quel moment peut-il y avoir confusion (on dit parfois qu'on se marche sur les pieds...) ?

- avec les tuteurs : les deux services sont censés veiller au bien-être de la personne. Cela veut tout dire sur ce qu'il y a à faire, et rien dire sur qui doit le faire... La différence étant que les tuteurs se soucient du bien-être de l'adulte handicapé, alors que le service de suivi se soucie du "couple" accueillant-accueilli (exemple la mise en place des vacances : vacances pour qui ? Pour l'adulte accueilli, pour la famille d'accueil ? Cette question donne toujours lieu à débat). Lorsqu'il s'agit de tuteurs privés, ils s'en tiennent à une mission de gestion pécuniaire. C'est plus complexe avec les associations tutélaires qui y ajoutent une mission éducative.

- avec le secteur psychiatrique, comment articuler le travail ? Chacun a sa logique. Par exemple, les seuils de tolérance sont différents ; on ne peut travailler ensemble qu'à partir du moment où l'on a reconnu la logique de chacun et trouvé une plage commune. C'est un travail de longue haleine, car il doit être fait avec chaque service psychiatrique et chaque psychiatre.

- avec les centres d'aide par le travail, le champ de compétences de chacun est clairement établi. En résumé, le CAT c'est "le boulot", la famille d'accueil c'est le "cocooning"...

- en ce qui concerne les foyers d'hébergement, beaucoup d'établissements ne savent pas ce qu'est une famille d'accueil. Pour eux, c'est une famille, elle n'est pas vécue comme professionnelle, et ils s'adressent à elles comme à des familles naturelles. Il faut intervenir pour qu'elles soient reconnues comme familles d'accueil, avec des compétences au-delà de l'aspect affectif. Notre présence interpelle, et rappelle qu'il ne s'agit pas de familles naturelles.

- dans le champ social ou associatif, pour les activités manuelles, de loisirs ou de découverte, il y a très peu d'inscriptions ; nous avons donc essayé de voir dans le champ spécialisé, par exemple le foyer occupationnel, mais cela reste très exceptionnel, du fait de l'éloignement des structures et des nombreuses demandes de stages émanant des différents établissements.

- enfin, le "club du mercredi" animé par des parents bénévoles permet de faire souffler les parents dont les enfants, devenus adultes, sont sans solution de prise en charge institutionnelle, et de réinscrire les personnes dans le dispositif associatif. Quelques adultes accueillis en famille d'accueil profitent de ce "club" pour les mêmes raisons.

Quelque soit le lieu d'inscription, le but est de maintenir un "ailleurs" pour l'adulte, même quelques heures par mois, et de le matérialiser dans l'esprit de l'accueilli sans pour autant qu'il se projette dans le long terme.

Lorsque surgissent des difficultés, elles émergent le plus souvent par la voie (voix...) de la famille d'accueil. Nous multiplions alors les visites à domicile pour essayer de cerner le problème.

Selon sa nature et le profil de la personne accueillie, nous pouvons envisager différentes actions : rencontre avec le tuteur et/ou l'ensemble des intervenants si la personne accueillie a d'autres lieux de prise en charge ; sollicitation du secteur psychiatrique, soit pour une consultation, soit pour un partenariat dans la prise en charge. Ce dernier point nous pose question.

En effet, quand le centre hospitalier spécialisé nous adresse des personnes, elles nous sont décrites comme stabilisées, sans troubles majeurs du comportement. Nous posons donc comme préalable à l'accueil que nous effectuerons le suivi au domicile de la famille d'accueil, tout en nous réservant la possibilité de faire appel au secteur psychiatrique d'origine si besoin est. Or, si l'accord verbal se fait à ce sujet, il n'est pas toujours facile de le mettre en œuvre.

A cette occasion, la rivalité secteur médico social-sector psychiatrique est parfois ravivée. On assiste par ailleurs à une aggravation des troubles psychiatriques des adultes accueillis. Quand nous demandons au centre hospitalier spécialisé de nous proposer des personnes à placer, nous devons réfléchir auparavant, et souvent remettre en cause notre façon de travailler avec le secteur psychiatrique.

Quand le problème dans la famille d'accueil persiste, s'il n'y a pas d'amélioration dans la relation accueilli-accueillant, il faut envisager la rupture du contrat. En tout état de cause, c'est le tuteur ou la famille d'accueil qui ont le pouvoir d'agir sur la pérennité ou non de l'accueil, puisqu'ils sont signataires du contrat. Nous-mêmes ne pouvons agir qu'en signalant les dysfonctionnements aux tuteurs ou à la commission d'agrément.

Il n'est alors pas toujours facile de déterminer à qui doit revenir l'initiative de cette décision. Au-delà de l'aspect pécuniaire des choses, il y a matière à interprétation, et dans tous les cas cela peut avoir des conséquences annexes : selon le point de vue d'où l'on se place, c'est tantôt la famille d'accueil qui est accusée "d'incompétence", tantôt l'adulte qui est devenu "insupportable". Le cadre légal ne permet pas d'autre alternative.

Or, nous pensons que c'est la relation qui a "échoué", et qu'il est vain de rechercher ou de faire apparaître une responsabilité unilatérale.

Conclusion

Après plus de sept ans de fonctionnement au sein d'une association prenant en charge des personnes handicapées mentales, le service de suivi de l'accueil familial reste "marginal" dans la mesure où il n'est pas systématiquement reconnu comme une alternative dans le dispositif d'hébergement. L'aspect "familial" vient occulter l'aspect professionnel dans cette forme de prise en charge.

Ainsi, une partie des professionnels, ne sachant pas trop comment appréhender l'accueil familial (soit du côté professionnel, soit du côté familial), n'envisage pas cette orientation pour les adultes, sauf comme recours lorsqu'il vient à manquer des places dans les structures plus "classiques".

Par rapport au secteur psychiatrique, il semble y avoir moins de difficultés à se faire reconnaître. En effet, pour ces professionnels, si un adulte n'a plus besoin de soins psychiatriques, il peut être dirigé vers un "hébergement social", qui est aussi perçu comme plus "chaleureux" que l'hôpital psychiatrique.

Dans cette conclusion, je voudrais faire part d'une hypothèse qui a brusquement germé dans l'esprit de la psychologue du service, alors que nous réfléchissions en équipe sur le contenu de ce texte.

Nous en étions donc à nous demander ce qui empêchait l'essor de l'accueil familial, et pourquoi nous ne recevions pas de demandes d'accueil de la part des institutions médico-sociales, alors qu'il n'y a pas assez de places dans les structures pour adultes dans notre département.

La psychologue rappelait alors que, dans l'imaginaire des intervenants sociaux, on peut penser que mettre un adulte en famille d'accueil, c'est un peu contre-nature par rapport au discours éducatif traditionnel (où on dit qu'il faut pousser à l'autonomie..., quand on grandit on quitte sa famille..., il se dit aussi que si l'on revient dans un milieu familial, c'est un peu de la régression par rapport à la socialisation, aux "acquis" issus de la vie en collectivité...).

Dans le cas des personnes handicapées, le même discours de "normalisation" est tenu : "si on les met en famille d'accueil, on les maintient dans un statut d'enfant, on coupe toute possibilité d'autonomie...". Pour certaines équipes qui ont été "porteuses de projets" pour la personne handicapée, cela peut représenter une forme "d'anéantissement d'années de travail".

Outre les difficultés liées au texte de loi lui-même, et au statut des familles d'accueil, cela pourrait être une hypothèse qui éclairerait en partie le fait que l'accueil familial des adultes ne prenne pas l'essor escompté.

RÉFLEXIONS AUTOUR DE L'ACCOMPAGNEMENT : L'EXPÉRIENCE D'UN SERVICE D'AFT POUR ADULTES

Éric AUGER (assistant social)
service d'accueil familial psychothérapique pour adultes - Soisy-sur-Seine

Créé en 1967, le service d'accueil familial psychothérapique pour adultes de Soisy-sur-Seine travaille avec 18 familles qui accueillent 22 patients rattachés au secteur de santé mentale du 13ème arrondissement de Paris. Les malades sont accueillis dans la famille d'accueil pour une durée variable. Le travail d'accompagnement de l'équipe de soin s'articule sous la forme de visites à domicile et de consultations médicales avec le patient et l'accueillante familiale. C'est sur ce dispositif singulier, qui met en jeu trois partenaires (le patient, "sa" famille d'accueil et les membres de l'équipe psychiatrique), que s'appuie l'accueil familial thérapeutique (AFT).

Parler d'accompagnement suppose au préalable de s'interroger sur les fonctions et la relation d'accompagnement, tant auprès de l'accueillante familiale que du patient qu'elle héberge. Cette fonction d'accompagnement peut être comparée, sans pour autant la réduire, au rôle et à la fonction du tiers en accueil familial thérapeutique¹.

Force est de constater que le cadre de fonctionnement varie selon les équipes des secteurs de psychiatrie adulte, tant sur le plan du suivi des patients et des accueillantes familiales (à partir d'une équipe spécifique ou non) que dans la formalisation ou non d'un contrat d'accueil et d'un projet thérapeutique individualisé. Dès lors, les formes que pourra prendre l'accompagnement seront en partie déterminées par les modalités d'intervention et l'organisation des équipes.

En s'inspirant de la définition de l'accompagnement thérapeutique développée par Myriam David², on peut dire que l'accompagnement met en jeu un ou des accompagnateurs, témoins attentifs, engagés dans une relation avec l'accueillante familiale et le patient, qui ont pour mission la recherche d'un mieux-être psychique du malade pour favoriser sa réinsertion sociale.

Reconnaitre nos complémentarités

L'accompagnement en accueil familial thérapeutique pourrait se concevoir comme la mise en œuvre de pratiques développées pour soutenir, conseiller, aider, informer l'accueillante familiale et le malade accueilli afin que ce dernier accède à un mieux-être. Cela suppose une reconnaissance de la différence de chacun dans son identité, sa place et sa fonction et une acceptation du besoin réciproque de chacun pour qu'advienne une collaboration centrée sur le patient.

C'est ce dernier qui va, en quelque sorte, délimiter les places réciproques et complémentaires des intervenants. Les formes que prendra cet accompagnement se construisent progressivement dans les échanges qui se tissent entre les membres de l'équipe psychiatrique et ceux de la dyade famille d'accueil-patient.

Il convient de rappeler une évidence, à savoir que l'accompagnement de l'équipe soignante repose principalement sur les capacités d'écoute et de tolérance de la famille d'accueil à intégrer un malade dans des liens de parenté qui ne sont pas les siens. C'est à partir de ses capacités à formuler ses observations, et du savoir expérientiel sur "son" patient qu'elle acceptera de nous faire partager, que pourra s'ajuster une aide individualisée. Si nous ne pouvons reconnaître notre "besoin de la famille", c'est à dire l'apport de l'accueillante familiale sur des éléments essentiels de la vie du patient (souvent inconnus à l'hôpital), des incompréhensions et des malentendus viendront vite alimenter des positions relationnelles conflictuelles.

Seule une relation de confiance, éprouvée dans la durée, permettra à chacun des membres de la triade de pouvoir "travailler" ensemble. Au-delà de ce constat, il est important de réfléchir à la manière dont cet accompagnement se concrétise et aux formes qu'il peut prendre pour garantir le projet thérapeutique.

Établir une collaboration

Si l'accueil du patient relève de la responsabilité de l'accueillante familiale, celle-ci reste membre d'une équipe psychiatrique dont elle dépend étroitement et qui fixe des garanties formelles (règlement intérieur, contrat de travail, contrat d'accueil) à l'intérieur desquelles des règles du jeu sont posées et définies.

Accompagner la famille d'accueil suppose une certaine permanence et une disponibilité des intervenants de l'équipe pour permettre à chacun de trouver les ajustements nécessaires et de garantir une continuité du travail thérapeutique. Trop de changements dans les interlocuteurs nuisent à la qualité du travail, obligeant la famille à s'adapter et le patient à renouer de nouveaux liens qui le fragilisent. Au fil du temps, l'équipe soignante devient un partenaire psychique important pour la famille d'accueil qui est parfois amenée à confier des informations relatives à sa vie privée. Cet engagement de verbalisation sur lequel s'appuie l'accueil familial n'est rendu possible que si l'équipe assure un travail de soutien dans les questionnements de chacun et de conseils sur les attitudes à adopter.

Si l'on peut admettre qu'il n'y a pas, à proprement parler, de modèle pour accompagner une famille d'accueil, quelques attitudes peuvent faciliter la qualité de l'accompagnement.

La première consisterait à ne pas donner des réponses clefs en main à l'accueillante familiale. On ne peut, en effet, exporter les attitudes des soignants de l'hôpital ou d'ailleurs, pour les transférer aux familles. Le contexte professionnel et la position de chacun sont trop différents pour qu'elles soient opérantes. Il s'agira plutôt d'encourager la famille à trouver elle-même le bon ajustement, en la confortant dans ses réponses relationnelles positives face aux sollicitations du patient. Chaque famille s'est construite un mode d'échange relationnel, une sorte d'homéostasie dont il est nécessaire de tenir compte pour apporter des suggestions appropriées lorsqu'elle est confrontée à des impasses induites par les comportements du malade ou par son désir trop ardent de le voir guérir. Cela suppose de pouvoir rendre compte des interactions qui se tissent entre la famille et le patient, et de les reformuler sous une forme "utilisable" pour l'accueillante familiale.

Un tel exercice peut être délicat, car il achoppe sur les susceptibilités de l'un ou l'autre qui peuvent évoluer subrepticement vers des rivalités ou des conflits de pouvoir au sein de l'équipe ou au sein de la famille. Ce qui entame la nécessaire collaboration entre les différents partenaires. L'évolution d'un patient, selon la place ou le rôle que la famille d'accueil va lui attribuer (malade ou pas, membre ou pas de sa famille³...), ouvre des scénarios multiples et variés. Cette situation contraint l'accompagnateur ou le référent de l'équipe à s'adapter aux singularités de la dynamique familiale qu'il rencontre. Ainsi, les demandes de conseils et de présence soutenue de certaines accueillantes familiales "débutantes" ne pourront être transposées vis-à-vis d'autres familles d'accueil confirmées par leur longue expérience.

La seconde attitude consiste à favoriser une relation de confiance réciproque pour que les interventions de chacun soient reconnues dans leur complémentarité. Cette réalité ne se décrète pas, mais va s'éprouver après de nombreuses expériences de déception, et parfois de conflits, qui ne pourront être dépassées que dans un certain engagement relationnel de part et d'autre.

Si des familles peuvent se dire que, durant les visites à domicile ou les consultations médicales, "c'est toujours la même chose, il ne se passe rien", c'est peut-être qu'elles attendent des réponses techniques qui feraient bouger les situations d'impasse et de découragement qu'elles ressentent face aux attitudes parfois déconcertantes qu'alimente la pathologie du malade.

Quelle place occuper auprès du patient ?

Nous l'avons dit, c'est le patient qui donne sens au "placement" pour lequel la famille d'accueil et les membres de l'équipe soignante travaillent. Il occupe ainsi une place centrale qu'il utilise parfois pour rendre vains les efforts déployés par l'accueillante familiale ou le référent.

Pour que le référent puisse se construire une place auprès du patient, différente de celle de l'accueillante familiale, des accompagnements sont fréquemment mis en place avec le patient. Un travail axé autour de l'hygiène (l'incurie des malades est fréquente), du tabagisme et pour des soins somatiques est confié à l'infirmière référente. Cela permet de mener à bien des suivis médicaux auprès des médecins généralistes. Dans un volet plus social, des accompagnements à visée réadaptative sont conduits dans le cadre des projets de réinsertion professionnelle.

La place de l'argent est souvent l'objet de transactions difficiles. Le contrôle des dépenses est ainsi dévolu au soignant référent, ou au représentant légal du patient, qui régulent ou médiatisent les "transactions" tant financières qu'affectives...

Ces temps de "dégagement" du malade hors de la famille d'accueil sont l'occasion d'écouter les plaintes et les demandes qu'il n'ose pas émettre en présence de sa "dame d'accueil". L'intervenant en accueil familial peut être conduit à adopter des positions d'autorité pour restreindre la tyrannie d'un malade ou pour limiter ses conduites déviantes, dégageant ainsi l'accueillante familiale d'une posture trop omnipotente. Ces moments de triangulation sont l'occasion pour chacun de trouver une place auprès du patient.

L'accompagnement en accueil familial thérapeutique vise donc à traiter les aspects problématiques que la situation de "placement" pose au patient et à la famille d'accueil. Le contrat d'accueil et le projet thérapeutique, prévus par le législateur, permettent de définir les grandes lignes des modalités de collaboration. Sa forme contractuelle a l'avantage, lorsqu'elle est élaborée conjointement par les partenaires, d'ouvrir une base de discussion, d'échange et d'évaluation des pratiques de chacun. Les ajustements nécessaires permettent alors de relancer une dynamique relationnelle.

Accepter d'être surpris tant par les conduites ou les réponses des patients que par l'inventivité et les initiatives des familles reste l'originalité de l'accueil familial thérapeutique. L'accompagnement repose, dans les premiers temps, sur un certain empirisme qui s'éprouve au fur et à mesure des interventions. Lorsque le patient et la famille d'accueil trouvent leurs marques, s'établit une relation de confiance, une sorte d'équilibre qu'il convient de respecter afin de favoriser une nécessaire dépendance.

Il arrive parfois que l'on bute sur une certaine difficulté à pouvoir penser une situation d'accueil stabilisée après des mois de vie commune. Des expériences de séparation, au détour notamment de séjours de vacances, sont vécues difficilement tant par les familles d'accueil que par le patient. Ces changements sont l'occasion, pour le patient, d'éprouver qu'un "ailleurs" est possible en dehors des échanges noués avec les membres de "sa" famille d'accueil habituelle, et pour la famille d'accueil de profiter d'un temps de repos lors de ses congés.

L'autre forme que peut prendre l'accompagnement s'appuie sur les temps de réunion avec l'ensemble des accueillantes familiales du service. Ces temps institutionnels permettent de se retrouver ensemble pour partager les expériences de chacun. C'est l'occasion pour les familles, souvent isolées, d'échanger avec leurs "pairs", et de réaliser qu'elles se posent souvent les mêmes questions sur l'attitude à adopter vis-à-vis de l'hygiène, de l'alimentation, des troubles du sommeil des patients, de leurs relations avec les enfants, de la sexualité... "Jusqu'à quel point peut-on exiger quelque chose de "son malade", doit-on le tutoyer, que faire vis-à-vis des demandes de prêt d'argent de la part de la personne accueillie ?" sont quelques-unes des questions sur lesquelles nous avons eu à discuter.

On constate que ces réunions ont contribué à faire bouger certaines attitudes d'accueillantes familiales qui n'envisageaient pas, par exemple, de se séparer de leur patient ou qui vivaient le départ de ce dernier en maison de retraite, comme un abandon.

1 - Eric Auger, "Rôle et fonction du tiers dans le suivi médico social d'un AFT pour adulte", mémoire de maîtrise de psychologie clinique, Paris VII, 1990

2 - Myriam David, "Le placement familial : de la pratique à la théorie", ESF, 1989

3 - Tilo Held, "Le placement familial de secteur : étude descriptive et critique", in *L'information Psychiatrique*, octobre 1976, volume 52, n° 8, pages 899 à 913

L'ACCOMPAGNEMENT EN ACCUEIL FAMILIAL

Catherine GOUFFÉ (psychologue)
Conseil Général du Tarn-et-Garonne

Autour de l'accueilli, de la famille d'accueil et de la famille naturelle, l'équipe chargée du suivi va cheminer sur une route plus ou moins longue avec celui qu'elle aura choisi d'accompagner. Chacun devra marcher à côté, au même rythme et dans la même direction, que celui qu'il accompagnera. Dans sa démarche d'accueillant, la personne agréée va proposer à un accueilli une place au sein de sa propre famille, l'incluant dans son projet de vie.

En Tarn-et-Garonne, le service d'accueil familial pour personnes âgées est composé de médecins, de psychologues, d'infirmières, d'assistants sociaux et de référents. Dans le cadre du suivi, par le biais des visites à domicile, l'intervenant accordera une place importante à l'écoute et à la parole de l'accueillant, de l'accueilli, et à la famille naturelle de celui-ci.

L'accompagnement par la famille d'accueil

L'accompagnateur privilégié de l'accueilli sera la famille d'accueil. Accueillir une personne âgée s'inscrit dans une démarche spécifique où il sera nécessaire de comprendre ce qui se joue.

La famille d'accueil est constituée habituellement d'un père, d'une mère, et d'enfants d'âges divers qui accueillent sous leur toit, à leur table, un pensionnaire plus ou moins âgé présentant une déficience plus ou moins importante sur le plan physique et/ou psychique. Ils partageront avec lui leur vie quotidienne. Cette famille sera inévitablement le support des identifications, des projections et des transferts du pensionnaire. En même temps, le sujet accueilli devra sentir l'écart existant entre ses images parentales et le couple qui l'accueille.

Le rôle discret du psychologue s'entend par la mise en exergue de points d'appui visant à rassurer la famille d'accueil et à lui donner confiance en ses capacités pour la continuité de l'accueil. La famille d'accueil accompagnera d'autant mieux l'accueilli qu'elle sera elle-même soutenue dans sa démarche par les siens et les différents intervenants extérieurs.

Après 11 ans de fonctionnement, il peut être constaté que les familles qui vont le plus loin dans leur accompagnement sont celles qui connaissent le mieux leurs limites, et donc leurs possibilités. Cependant, ces familles ne sont pas nécessairement celles qui font le plus souvent appel au service, mais celles qui sollicitent un soutien ponctuel au moment opportun, pour prendre des décisions ou simplement pour exprimer, formuler des choses à connotation émotionnelle.

L'accompagnement de la famille d'accueil

Accompagner l'accompagnant sera donc une des missions du suivi, et contribuera à participer à une relation d'aide en faveur de l'accueillant, et par voie de conséquence, de l'accueilli.

Cette démarche devra être opérante dès la préparation de l'accueil. Connaissant les attentes de telle ou telle famille et celles de la personne à accueillir, le psychologue mettra en relation les protagonistes et interviendra aux prémises de l'accueil. Lors de la période d'adaptation, des visites régulières et rapprochées sont effectuées par le service afin d'assurer suivi et cohérence. Une vigilance particulière est accordée à la bonne adaptation du pensionnaire à son milieu d'accueil, ainsi qu'au vécu de la famille elle-même.

Les visites de la famille naturelle, ou ses absences, ne seront pas sans conséquence. S'il est vrai qu'en début d'accueil, famille naturelle, accueillants et personnes âgées connaissent bien souvent "une lune de miel" où chacun montre à l'autre ce qu'il y a de meilleur ; après cette période d'adaptation, le seuil de tolérance est parfois très vite atteint. Ce désir de bien faire, de part et d'autre, aura autorisé certains débordements sur le territoire de chacun.

L'accueillant devra s'aménager des temps de repos afin de se ressourcer. Dès sa demande d'agrément, le service l'encourage à y réfléchir. Cet espace-temps personnel sera indispensable afin d'éviter que n'apparaissent chez lui des troubles tels qu'asthénie, irritabilité, états dépressifs, signes d'une somatisation.

Le soutien psychologique du service consiste, en partie, à suggérer à la famille d'accueil de prendre des moments de pause permettant un désinvestissement provisoire, voire une remise à distance nécessaire vis-à-vis d'une culpabilisation sous-jacente. Cette culpabilité est souvent renforcée par les demandes de plus en plus pressantes de l'accueilli.

La formation dispensée aux familles d'accueil sera l'un des outils lui permettant de se resituer dans un contexte plus professionnel et donc plus empreint de neutralité.

Dans la réalisation de l'accueil, dans ce projet de vie partagée, des sentiments, des émotions vont émerger. La personne vieillissante, souvent éloignée de sa famille naturelle, confrontée à ses limites, traversera des moments de crises et transmettra ses émotions à son entourage qui, à son tour, se heurtera à ses propres limites. Il conviendra alors de privilégier l'échange, la remise en question afin de recréer des liens affectifs et sociaux.

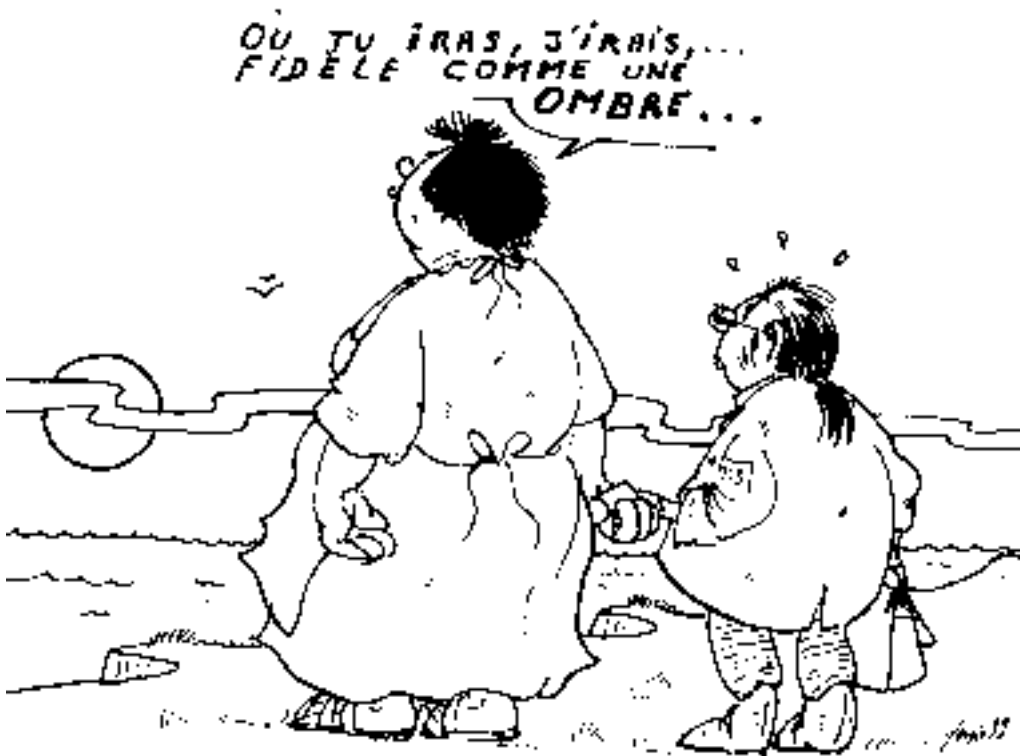
Ces réajustements par le biais d'interactions relationnelles vont modifier, voire parfois perturber, l'équilibre familial. Une des tâches de l'intervenant en charge du suivi sera de repérer les risques potentiels. Une relation de confiance entre tous les partenaires permettra un travail de collaboration. Au cours du suivi, il sera parfois nécessaire de dédramatiser des situations parfois conflictuelles en facilitant l'expression de chacun pour réduire les tensions sous-jacentes.

C'est grâce à la connaissance de l'accueilli que le service pourra cheminer avec lui et répondre à sa demande. L'aide sera momentanée, et devra permettre à l'accueillant d'être de plus en plus autonome de façon à ce que l'accueilli bénéficie pleinement de cette relation. Les liens ainsi tissés avec l'accueilli permettront de mieux connaître ses désirs et ses besoins. Le service pourra parfois être le porte-parole ou le médiateur de cette personne entre les différents intervenants extérieurs, la famille d'accueil et la famille naturelle.

Même si l'accompagnement du sujet âgé renvoie souvent à la notion de mort à travers le processus du vieillissement, c'est dans cet acte de vie qu'apparaît tout le paradoxe. Il réside précisément dans le fait d'accompagner la vie jusqu'à la mort.

Dans l'accompagnement de la souffrance, l'association J.A.L.M.A.L.V. (Jusqu'À La Mort Accompagner La Vie) souligne la nécessité d'être à la bonne distance. L'aidant devra se situer à une juste proximité et à une juste distance permettant à l'autre de mieux comprendre ce qui se passe. L'aidant devra éviter le piège consistant à devancer la demande ou à réagir trop vite ne laissant pas un espace suffisant à la parole de l'autre.

Ne pas faire, ne pas dire à la place de, mais permettre l'expression d'un langage verbal ou non-verbal. L'accompagnement de la personne accueillie s'inscrit dans une dialectique où l'accompagnant sera tour à tour l'accompagné, enrichi de ce parcours conjoint au rythme de l'autre et dans la direction qu'il a choisie.



LE GRAND BLEU : UNE PLONGÉE DANS L'INCONNU

Pierre MASLE

famille d'accueil, Deux-Sèvres

Famille d'accueil j'ai été. Noble rôle s'il en fut, accompagnant sans relâche les personnes qui m'étaient confiées.

L'un d'entre eux, Jean-Paul, avait été, avant son "accident", un bien beau jeune homme, un père de famille, un homme inséré dans la société. Tombé du septième étage d'un immeuble, il vient de séjourner plus d'un an à l'hôpital dans les mains expertes des chirurgiens et des médecins. Deux années de rééducation fonctionnelle ont suivi.

Nous le rencontrons à l'hôpital, nous les accueillants, lui le futur accueilli. En effet, une rééducation sociale en famille d'accueil va être mise en place. Mais, sachez que Jean-Paul est en fauteuil roulant. Son visage est déformé. Sa colonne vertébrale est maintenue dans une sorte de cage interne. Une de ses jambes est plus courte que l'autre, donc compensée. Sa main droite tremble. Il est presque aveugle et de longues cicatrices couvrent son corps.

Il ne parle pas, mais grommelle. Il ne mange pas seul. Il n'est pas tout à fait incontinent. Il pèse quatre vingt cinq kilos et mesure un mètre quatre vingt cinq. Il a environ trente ans.

C'est la première impression que nous avons de Jean-Paul.

Quelques bribes de son histoire personnelle nous sont fournies : il a été marié, mais son épouse a disparu dans la nature. A la suite de son accident, les trois enfants issus du mariage, et dont il s'occupait, ont été placés.

Ainsi dit, avons-nous fait le tour du pensionnaire ? Ce n'est pas certain. Or, nous devons l'accompagner pour le rééduquer socialement. Ce mot d'accompagnement va prendre tout son sens, car il va être nécessaire de le "soutenir" et de le "protéger", mais aussi "d'aller à sa suite". Nous nous lançons dans cette aventure avec un grand "A" qui va durer deux années.

Etes-vous partant pour connaître la suite ?

Nous allons tenter de découvrir comment communiquer, et surtout comprendre les borborygmes sourds qui rendent toute conversation impossible. Très malin, il nous semble rapidement qu'il joue avec nous, car devant nos hésitations, il mime ce qu'il veut dire ou souhaite, et devant notre perplexité, il rit aux éclats. Mais, en même temps, sa salive l'étouffe, il fait une "fausse route" et nous paniquons.

Les repas sont étranges : un œuf au plat est saisi à pleines mains, malgré les tremblements. Il s'efforce d'avaler d'énormes morceaux de pain, au risque de s'étouffer.

Deux années folkloriques, épuisantes, enrichissantes, décevantes, tout à la fois, viennent de commencer, avec une folle intensité. De ce qui nous attendait vraiment "le Grand Bleu"...

Mais, nous ne sommes pas seuls : une équipe qui va se révéler turbulente et joyeuse, mais néanmoins efficace, se met en place : médecin généraliste, médecin psychiatre, psychologue, kinésithérapeute, orthophoniste, ambulancier (auxiliaire précieux et confidentiel), infirmières libérales sous la houlette de l'un des médecins qui fera office de "chef d'état-major". Tout ce petit monde va avec nous, les accueillants, veiller au grain.

Cette "équipe" fonctionne, et ce n'est pas une pièce de théâtre ou le tournage d'un film.

Le "cinéma", c'est Jean-Paul qui va nous l'offrir sur le terrain mouvant d'une guerre psychologique éprouvante et aux mille et une facettes. Guerre froide avant le déclenchement des hostilités. En une année, Jean-Paul s'éveille, devient moins fragile, moins susceptible. Il réapprend à parler quelque peu, en articulant. Parfois même, il plaisante.

Très sournoisement, il tisse des liens affectifs avec nos enfants, nos petits-enfants. Aucun d'entre nous ne s'en aperçoit. Nous allons alors être gratifiés de situations toutes plus inattendues les unes que les autres. Chacune de nos journées va compter double.

Jean-Paul n'est pas la seule personne accueillie dans notre famille. L'autre personne, une femme de soixante ans, est en fauteuil roulant. Elle est très vive et de caractère agréable. Incontinente, elle porte en permanence des "couches". Dès qu'elle rit, elle se mouille, et souvent... cela déborde.

Jean-Paul l'a vite découvert et lors des repas, assis en face d'elle, il n'a de cesse de faire des grimaces, de tenter de renverser son assiette. Ce qui doit arriver arrive : éclats de rire, couche mouillée. Et Jean-Paul, au paroxysme de sa joie, en fait autant. Cette hilarité nous gagne nous aussi. Mais, il y a l'obligation de les "changer" tous les deux car ils macèrent.... Les repas, vous n'en doutez pas, s'éternisent.

Mais, Jean-Paul pèse maintenant cent dix kilos. Il tombe souvent de son lit. Et, je me dois de relever cette énorme masse d'os et de chair inerte. Devant mes efforts, et j'en déploie, Jean-Paul rit, se laisse retomber, s'accroche au matelas pour que dure le jeu. Je le gronde, ce qui le laisse tout à fait indifférent.

Il manipule très aisément le chantage, promène des mains indiscretes sur mon épouse, les infirmières, toutes les femmes qui traversent sa vie. Il est taquin, obscène, agressif, et passe alternativement du mensonge, à la comédie, la colère, les rires infantiles ou les bruits d'animaux. Et notre chien s'interroge, tournant la tête, l'oreille cassée, l'autre dressée, il cherche dans sa mémoire à qui attribuer ce langage d'animal si particulier.

Il vomit, il pleure, il se lamente. Les repas ne sont que tremblements de terre avant même que d'avoir commencé. Tout vole, et il s'esclaffe. Le champ de bataille doit être nettoyé, la vaisselle brisée évacuée, le terrain devient miné et il est nécessaire de tout reconsidérer. Dans l'environnement immédiat du sinistre, il faut rassurer, apaiser.

Notre accompagnement se poursuit dans cette géologie mouvante telle qu'elle apparaît dans les îles nipponnes par fort séisme.

Lit, montauban, fauteuil roulant, toilette, repas, chute, ambulance, excréments, coucher se succèdent, lassants et obsédants.

Jean-Paul va mieux, et croit pouvoir maintenant s'occuper de ses enfants, il s'accroche à cette idée qui ne va plus le quitter. Cette nouvelle idée est dramatique pour tous.

Mais, soudain, il se modifie. Sa conduite s'améliore, les rythmes biologiques se mettent en place. Les repas deviennent calmes. De faux espoirs naissent lors des séances de marche chez le kiné, et son langage est plus ordonné.

Nous venons de boucler la première année. Nous avons la conviction d'avoir gagné, ou tout du moins franchi une première étape, gravi une marche. Mais nous avons oublié la pathologie si particulière de Jean-Paul.

Ce dernier est (et comment avons-nous pu ne pas y penser ?) secrètement malheureux de se voir ainsi diminué, dépendant, isolé de ses enfants et de ses amis, tellement atteint dans sa chair, prisonnier de son passé, de ses pensées, ne voulant rien dévoiler des raisons de sa chute.

La deuxième année commence par une aggravation de son état (diarrhées, constipations, chutes nombreuses chez le kiné, de son lit ou de son fauteuil). Il crie et tempête et dit "être devenu un objet". Deux secondes plus tard, il rit aux éclats. Chaque nuit, il appelle. Je ne dors plus, je ne mange plus. Je suis exténué, mon épouse également. Nous fléchissons et c'est l'ENFER. Et l'incontinence totale s'installe. Des examens spécialisés sont nécessaires. Les transports deviennent "galère" pour moi. Pour Jean-Paul, c'est un jeu. Il pèse vraiment cent dix kilos. Et l'installer sur les tables de radiologie nous fait, spécialiste et moi-même, attraper des sueés dignes de celles supportées sous l'Equateur.

Il dresse les différents membres de l'équipe les uns contre les autres et, dans un premier temps, nous ne nous en apercevons pas. Tout le tact du médecin psychiatre sera nécessaire pour freiner le drame qui couve, et rétablir le calme et la confiance entre chacun.

Mais ce jeu du "chat et de la souris" nous atteint de toute façon. Le "rongeur" a mangé le gruyère avec les trous, s'en délecte, se lèche les moustaches, et les yeux mi-clos, savoure son travail de sape.

Enfin la situation s'apaise et redevient saine, le climat est de nouveau serein. Comme cela, du jour au lendemain, Jean-Paul n'est plus malade. Il perd du poids, il est de nouveau agréable avec tous. Nous nous demandons si nous ne venons pas de rêver les semaines écoulées.

L'explication est peut-être dans le fait qu'il sait maintenant qu'il va devoir nous quitter pour une autre famille d'accueil, pour une autre prise en charge, un autre stade.

Arrive alors l'instant de la séparation, et tous nous nous retrouvons réunis autour du gâteau et du champagne. Et, en secret, tous, nous pleurons ; tous quelque part, nous sommes meurtris.

Parlez-moi donc d'accompagnement...

la lettre de Clotilde

Depuis le numéro 4, nous publions la lettre que Clotilde adresse à Colombe, et à toutes les Colombe de France.

Famille d'accueil pour adultes, Clotilde illustre le thème de chaque numéro, ici l'accompagnement en accueil familial.

Très chère amie,

Votre long silence tout au long de l'hiver ne m'a pas laissée insensible. Aussi mon étonnement a été grand d'apprendre les épreuves que vous avez traversées, mais aussi les difficultés qui se sont ajoutées du fait de ce travail si particulier qu'est le vôtre.

Je repense à ceux et celles que vous avez "accueillis", aux moments partagés, à cette vie de chaque jour "accompagnée" par vous et par les différents membres de votre famille.

Un accueil me revient, accueil court s'il en fut, puisqu'il n'a duré que quelques mois et que c'est vers le grand départ que vous avez accompagné Muriel, sans le savoir, car sa mort fut brutale. De plus, elle était jeune. Rien ne laissait supposer cette redoutable issue. Pourtant, vous avez été là, avec elle, jusqu'au tout dernier moment, témoin impuissant mais, et d'autres me l'ont dit, présente, lui tenant la main, lui parlant avec les termes simples qu'elle était en mesure de comprendre, l'apaisant par votre voix si calme malgré l'urgence.

Après la sépulture, je me suis souvent demandée, sans jamais vous en parler, où vous aviez trouvé les mots justes, avec elle, juste avant le grand départ, avec sa famille pour lui annoncer la nouvelle, au cours de la modeste cérémonie lors de laquelle vous et les vôtres l'avez suivie une dernière fois.

Et la vie a repris son cours, vous avez enfoui ces moments au fond de votre cœur, et vous avez continué à "accueillir". D'autres sont venus partager votre vie. Ce n'est plus vers l'au-delà que vous les avez accompagnés, mais vers un ailleurs aux couleurs de la vie, de la vraie vie.

Avec Marthe, vous avez tenté de l'aider à se reconstruire après le drame qui l'avait blessée. Votre souci constant a été de la soutenir pour qu'elle se remette debout, de l'accompagner pour qu'elle accepte ses différences, de lui faire découvrir les potentiels de vie nouvelle qu'elle possédait encore. Ce ne fut pas une mince affaire, et vous vous y êtes beaucoup usée.

Je ne sais comment vous faites. J'ai beaucoup de mal à comprendre comment vous pouvez être tout à la fois l'épouse, la mère, et celle qui, sans relâche, reconforte, apaise, rassure, partage le maximum de son temps avec ceux qu'elle accueille. Vous proposez la sécurité, vous apportez votre soutien, vous marchez aux côtés de ceux que vous accueillez, tentant de comprendre ce qui les fait vivre ou espérer. Vous êtes là, attentive, à l'écoute, oublieuse de vous-même et souvent des vôtres... pour vous consacrer entièrement à ceux qui croisent un jour votre vie, qui pénètrent dans votre intimité.

Au reçu de votre lettre qui me conte avec beaucoup d'humour les événements survenus chez vous cet hiver, je ne peux qu'être admirative et tenter de partager avec vous votre émotion. Cependant, d'autres questions m'assaillent.

N'est-ce pas dans cet humour que vous savez si bien doser que vous puisez une force qui est me semble-t-il "votre soleil intérieur" ? Une chaleur qui enveloppe tout de rayons chauds et intelligents.

Est-ce que je me trompe ?

Depuis fort longtemps, vous me parlez d'accompagnement, mais je n'en avais pas senti le sens profond, le vrai, bien plus large que la définition qu'en donne le dictionnaire de notre langue pourtant si riche.

Cet accompagnement sans dévotion, mais si passionné qui, si je comprends bien ce que vous m'en dites, requiert en outre, et je le crois sincèrement, un courage solide et calme, une attention permanente, une organisation importante mais souple cependant, de l'affection, un altruisme, de pertinentes facultés d'analyse. En quelque sorte, un équilibre psychologique personnel vous est nécessaire.

Je vous livre, non pas des doutes, mais des réflexions qui me viennent : à vous regarder travailler, il est évident pour moi que vous et votre famille possédez tout cela.

Mais, ma réflexion va plus loin. Est-il possible d'acquérir toutes ces qualités si positives, ou bien les possédez-vous, vous et les vôtres, dans un tiroir secret qui est toujours grand ouvert ? Et, est-ce que chacun de nous ne possède pas tout cela au fond de lui-même, mais dans une malle fermée à double tour qu'il n'ose jamais ouvrir ?

J'attends très vite de vos nouvelles. Vous m'aurez ainsi de cette manière "accompagnée" dans ma quête qui ne se veut pas curieuse, mais plus riche de vos réponses.

Tous mes vœux vous accompagnent dans ce si beau travail qui est le vôtre.

A vous lire très bientôt, chère amie.

glossaire

Daniel Gorans (pédo-psychiatre, praticien hospitalier) et Jean-Claude Cébula (psychologue clinicien) proposent un glossaire des différents termes utilisés et quelques clins d'œil en rapport avec le dossier traité par chaque numéro.

Cet exercice ne demande qu'à être complété par les propositions des lecteurs...

l'accompagnement

ACCOMPAGNEMENT : accompagner consiste à se joindre à quelqu'un pour aller où il va, et non là où l'on voudrait qu'il aille, pour veiller sur lui et le soutenir en donnant signification à sa démarche. Et si accompagner sous-entend la simultanéité des deux actes, alors on pourrait proposer qu'un accueil familial s'accompagne toujours... d'un accompagnement.

Terminologie utilisée dans la loi du 12 juillet 1992 qui lui associe le vocable de professionnel.

ACCOMPAGNATEUR : pratique l'accompagnement, ce qui demande disponibilité, attention, bienveillance et continuité pour participer aux péripéties du voyage psychique de l'accueil familial.

AIDE : l'accompagnement est une aide apportée autant aux accueillis et à leur famille qu'aux accueillants qui ont besoin d'être assurés qu'un accompagnateur référent participe à leur périple et s'y implique.

ASSAISONNEMENT : peut accompagner le travail avec l'accueilli ou les accueillants, au risque de pimenter les relations que l'on a avec eux.

BALISE : tout bon accompagnateur sait repérer les balises qui indiquent que l'accueil familial est sur la bonne voie, mais aussi les dangers et les écueils à éviter pour ne pas échouer.

BRISÉES : l'accompagnement doit permettre, entre autres, que la famille d'accueil ne marche pas sur les brisées de la famille de l'accueilli, et réciproquement. Cela empêcherait l'accueilli de construire un espace propre dans lequel il peut échapper à la capture familiale.

CHEMINER DE CONCERT : avancer en bonne synergie, avec une certaine connivence. L'accompagnement de l'accueil familial devrait s'y efforcer.

COMPAGNONNAGE : association "fraternelle" de personnes ayant la même spécialité ; familles d'accueil et accompagnants par exemple...

COURANT : le courant actuel veut qu'en accueil familial on utilise plutôt le terme d'accompagnement à la place de celui de suivi employé jusqu'alors. Si les mots ont un sens, cette modification terminologique doit s'accompagner d'un changement des pratiques.

DÉPANNER : une des multiples fonctions des accompagnateurs qui doivent dépanner les pensées des familles d'accueil lorsqu'elles ne savent et ne peuvent plus penser. Il est aussi parfois utile de dépanner les pensées des accompagnateurs... Les accueillants peuvent-ils y remédier ?

DISTANCE : autant l'accompagnateur doit être proche des "accompagnés" pour participer à l'accueil, autant il doit rester à la bonne distance pour ne pas se laisser entraîner dans un aventureux voyage sur lequel il est censé veiller avec attention.

ÉCLUSE : ouvrage qui permet la régulation des niveaux. L'accompagnant doit actionner l'écluse des mouvements affectifs et relationnels en jeu dans tout accueil.

ESCORTER : va de la garantie d'une sécurité minimale de travail à l'accompagnement musclé...

ÉTAYAGE : une des fonctions de l'accompagnement qui consiste à soutenir et à contenir le vécu psycho-affectif de chacun des partenaires de l'accueil familial. Peut fonctionner comme un tuteur psychique.

FIL ROUGE : doit être recherché par l'accompagnement pour trouver son chemin dans la complexité du déroulement d'un accueil.

GUIDANCE : voir l'accueil familial en revue n° 2.

GUIDE : l'accompagnateur n'est pas un guide, mais un compagnon avisé qui connaît les processus et la problématique des événements qu'il doit accompagner. Il doit cependant parfois "conduire" l'élaboration de ces processus.

HALAGE : les accompagnants d'un accueil ont parfois le sentiment de devoir haler tous leur partenaires afin qu'ils suivent le courant vers un projet cohérent.

IMPLICATION : l'implication des accompagnants est indispensable dans la relation qu'ils établissent avec tous les protagonistes de l'accueil.

INDICATEUR : une des fonctions ambiguës de l'accompagnant qui doit autant montrer les voies à suivre, que dénoncer celles qui sont interdites ou dangereuses.

JALONNER : l'accompagnant pose les jalons qui permettent à l'accueil d'avancer dans la meilleure direction possible.

KLAXON : avertisseur suffisamment sonore pour être entendu lors d'un danger survenant en cours d'accueil. Chacun des acteurs de l'accueil familial doit en être équipé.

LABYRINTHE : la complexité des phénomènes qui font de l'accueil familial un processus constructif conduit l'accompagnement à épouser le trajet d'un labyrinthe dont il faut pourtant trouver la sortie.

LIT : le lit du vent génère quelques courants d'air susceptibles d'emporter un accompagnement trop léger ou de faire claquer les portes des placards entrouvertes par l'accueil.

MÉTIER : il en faut beaucoup pour être un bon accompagnateur ou un accueillant adéquat. Quant au métier d'accueilli ou de parent d'accueilli...

NAVETTE : accompagnement réel et/ou imaginaire de l'accueilli entre les deux familles.

PILOTE : qui est le pilote en accueil familial ? Peut-être n'y a-t-il qu'un ensemble de copilotes...

QUADRATURE DU CERCLE : l'accompagnement évolue dans cette figure centrée par l'accueilli... un peu écartelé.

QUALITÉ RELATIONNELLE : elle est essentielle pour que l'accueillant et l'accueilli puissent vivre et être ensemble. Mais, elle nécessite toujours d'être accompagnée.

RÉFÉRENT : autre nom de l'accompagnateur qui désigne la personne-ressource chargée du suivi d'un accueilli.

RÉMORA : petit poisson qui accompagne un gros. Accueillis, accueillants, familles, intervenants occupent alternativement cette place pour faire avancer le lourd processus de l'accueil familial.

SUPERVISION : nécessaire aux accompagnants qui souhaitent comprendre les labyrinthes et éviter la quadrature du cercle.

TÉMOIN : l'accompagnateur est un témoin bienveillant qui soutient l'expérience unique vécue par tout accueilli (et ses parents) et l'aventure singulière de tout accueillant.

TRAJET : cheminer ensemble suppose qu'un trajet ait été défini, ce qui ne présage en rien des surprises ou des découvertes qui peuvent survenir à chaque moment.

TRAMER : tout accompagnant rêve parfois de tramer (sans ramer, ni bramer) un projet pour conduire les autres acteurs de l'accueil là où il le désire.

USINAGE : l'accompagnant travaille dur avec tous ses outils psychiques pour transformer les changements générés par l'accueil en bel ouvrage.

VADROUILLER : il est certes parfois difficile de savoir où l'on va en accueil familial, mais ce n'est pas pour autant une promenade sans but ni raison.

VIATIQUE : l'accompagnant apporte, entre autres, tout ce dont les protagonistes de l'accueil ont besoin pour traverser cette difficile aventure.

VOIE : ouvrez et montrez la voie, ô vous dévoués accompagnants, pourvu qu'elle soit la bonne, sinon vous feriez courir à tout le monde le risque de dérailler !

ZAPPER : pour allumer tour à tour les chaînes associatives intra-psychiques mobilisées par le déplacement de famille, l'accompagnant ne peut que zapper d'un psychisme à l'autre, sans omettre le sien.

mythes et contes

L'ÉNIGME DE LA RENCONTRE

Serge ESCOTS

psychothérapeute, centre de consultation ADEISS, Toulouse
formateur en pratiques médico-sociales

Il faisait une chaleur étouffante, en ce 23 mai 2067. Benvenuto marche, écrasé par la moiteur qui se dégage entre les bâtiments d'aluminium et de béton blanc de l'Université Européenne des Sciences de l'Homme, de la Vie, de l'Espace et du Temps à Bruxelles. Pourtant, il faudrait qu'il se hâte car l'homme avec qui il a rendez-vous ne plaisante pas avec le temps. Il n'en dispose plus que de façon limitée : né en 1958, même avec les progrès de la médecine, il a largement dépassé l'espérance de vie masculine qui, depuis quelques années, plafonne à 101 ans.

Benvenuto achève ses études en sciences cognitives. L'an prochain, il sera psycho-praticien et officiera auprès de populations présentant des troubles de l'adaptation. C'est bien cela qui l'inquiète. Bientôt, il sera amené à rencontrer des gens qui auront besoin de son aide. Et il y a de quoi être inquiet. La science et la médecine sont venues à bout des désordres qu'un être humain peut rencontrer dans son rapport au monde. Mais, comble des combles, un nombre grandissant de personnes présente des difficultés nouvelles et paradoxales. Alors qu'ils n'ont aucune raison objective d'être malheureux, ils manifestent une opiniâtre et incompréhensible inaptitude au bonheur. C'est d'autant plus déconcertant que leur état matériel est convenable, leurs affections psychiques sont traitées par des chimiothérapies efficaces, qu'une pharmacopée sans précédent leur garantit une sexualité "performante et épanouie" et que la compréhension des problèmes sociaux, de la famille à l'entreprise, est maîtrisée. Ces malheureux présentent des troubles persistants et aléatoires de l'adaptation à l'existence (T.P.A.A.E.).

Benvenuto s'est montré consciencieux. Il ne s'est épargné ni les nuits sans sommeil à lire les manuels décrivant toutes les manifestations bizarres d'un système nerveux, ni les heures de travail expérimental indispensable à la compréhension des mécanismes cognitifs normaux et pathologiques, ni celles passées à s'entraîner aux tests diagnostics essentiels à l'accomplissement de sa future tâche. Incontestablement, Benvenuto est capable, du moins, à en croire ses professeurs, d'identifier et de classer les syndromes et les symptômes de ses congénères. Cependant, depuis quelques semaines, une question le hante. Lors d'un cours, un peu protocolaire, le vieux monsieur, en bas sur l'estrade, avait conclu son discours lénifiant, par cette formule qui se voulait rassurante : "Vous voilà maintenant fin prêts pour rencontrer l'humanité inadaptée et la faire accéder au légitime bonheur auquel elle a droit et aspire secrètement".

Benvenuto l'avait interpellé, un peu espiègle : "comment va t'on les rencontrer ?". Le professeur ne fut pas surpris par cette turbulence : "mais de façon ordinaire, jeune homme, il aura un entonnoir sur la tête et vous le manuel sous le bras !". En écho à cette saillie où résonne la fin du XX^e siècle, symbole de l'avènement des neurosciences qui avaient débarrassé la psychologie de l'obscurantisme de sa naissance, des rires fusèrent dans l'amphithéâtre. Benvenuto garde un souvenir précis du malaise qu'il avait ressenti à ce moment là. Cette provocation de potache avait pris, dans l'après-coup, une consistance lancinante : "comment vais-je les rencontrer ?". Il tomba par hasard sur un article, de 1999, intitulé : "De la question de la rencontre pour le psychologue clinicien". À la lecture du titre, un sentiment l'avait partagé entre le désir de lire et le ridicule de l'anachronisme. Malheureusement, il ne sut réprimer l'idiotie de son désir qui le conduisait à frapper à la porte du bureau 4242 où l'attendait l'auteur de ce texte étrange, vieillot et pour tout dire quasi incompréhensible à Benvenuto. Néanmoins, l'auteur avançait des idées si péremptoires et si obscures qu'elles avaient poussé Benvenuto à en savoir plus.

Après avoir échangé quelques formules de courtoisie, Benvenuto s'appliqua à bredouiller sa question : "Pourriez-vous définir ce qu'est la rencontre dans le cadre de l'exercice du praticien psychologue et quels sont les enjeux théorico-pratiques qui la sous-tendent ?". Le professeur esquissa un mouvement de lassitude et se lança dans une explication hermétique. "Nous y sommes" se dit Benvenuto, gêné d'avoir provoqué cette situation inutile. Animé par son discours, le professeur poursuivait : "... si certains biologistes avait posé, au travers de la notion de couplage structurel, les bases d'une compréhension qui fonde l'intersubjectivité, c'est à la psychanalyse que l'on doit, par son concept fondamental de transfert, une solide assise pour penser la rencontre". Il s'arrêta, scruta attentivement Benvenuto, réalisant qu'il y avait plus de 50 ans que nul ne l'avait interrogé sur ces questions. Quel intérêt cela avait-il aujourd'hui ?

- Vous permettez que je vous raconte une histoire ancienne ?". Poli, Benvenuto acquiesça.
 - "À Bagdad, un jour de marché, un camelot déballe, et aperçoit sur le pont qui franchit le fleuve, une femme magnifique qui s'avance dans sa direction. Alors qu'il la regarde avec admiration, un homme marchant en sens opposé s'apprête à la croiser. L'homme s'arrête et semble lui dire quelque chose. S'arrêtant aussi, la femme s'adresse à lui à son tour et quelques instants plus tard, son visage se dévoile. Fasciné, le marchand s'était interrompu dans son étalage. Quittant son étal, il court vers la femme qui, entre temps, a rejoint la place du marché.

- "Qu'y a-t-il eu avec cet homme ? Le connais-tu ? Parle, que s'est-il passé ?"

- "Je ne l'avais jamais rencontré auparavant. Il s'est arrêté et il a dit ce vers de Khayyam : *"la journée est belle, la brise est tiède et pure"*. Je me suis arrêtée et j'ai répondu par le début du quatrain LXXI de Khayyam¹ : *"l'amour qui n'est pas sincère est sans valeur comme un feu presque éteint, il ne réchauffe pas."*

Et comme il connaissait aussi ce quatrain, il en a dit la suite : *"Le véritable amant, pendant des années, des mois, des jours, Ne goûte ni repos ni paix, ni nourriture, ni sommeil"*. Et le vent fit s'échapper mon voile. Voilà marchand, sur le pont, ce qui s'est passé".

Benvenuto prit congé. Sur le chemin du retour, il repensait à cette phrase énigmatique qui avait ajouté à sa perplexité : "Je souhaite que les nombreuses rencontres avec vos patients vous enrichissent de leurs enseignements". Depuis quelques jours, Benvenuto avait changé. Cependant, il était incapable de dire en quoi. Une chose était sûre, cette entrevue laissait "foutrement" à désirer. Pas question d'en rester à ces galimatias et contes pour enfants ! Dans la cuisine, un courrier de l'université lui rappelait la salle et l'heure de son examen. Il était grand temps de se mettre en route.

1 - Khayyam, "Quatrains", Mille et une nuits, Paris, 1995, 10 fr.

à l'étranger

L'ACCUEIL FAMILIAL THÉRAPEUTIQUE POUR ADULTES EN ITALIE

Gianfranco ALUFFI (psychologue, coordinateur du I.E.S.A.)
département santé mentale 5b ASL 5, région du Piémont
traduction par Gladys Pace avec la relecture de Frédérique Chadli

Après la loi du 14/02/1904 sur les asiles et les aliénés qui mentionnait la possibilité de "soin dans une maison privée", c'est le décret¹ n° 615 de 1909 qui régla ce qui, pour la psychiatrie italienne de l'époque, sur la vague d'enthousiasme suscitée par les expériences belges, françaises, écossaises et allemandes, représenta un pari intéressant : l'accueil familial thérapeutique d'adultes². L'exigence de fonder un tel service avait pour origine la situation extrême dans laquelle se trouvaient les asiles italiens, réduits à des "récipients" prêts à éclater en raison de la surpopulation. De plus, les coûts de gestion des établissements représentaient pour les provinces une charge excessive souvent insoutenable³.

Le débat théorique

Serafino Biffi, pionnier du "patronage hétérofamilial" en Italie, le désignait en 1854 comme adapté pour les aliénés qui ne pouvaient pas jouir des "habitudes monotones" caractérisant les journées des reclus dans les asiles. Impressionné par une visite à Geel, Biffi y voyait un lieu où pouvait être mise efficacement en place la "vraie cure morale" qui consistait à "tolérer avec patience l'agitation du maniaque, et à éduquer avec amour le pauvre idiot, en entourant tous les malades de calme et d'affectueux ménagements, en leur montrant des exemples d'ordre et de diligence, en leur assurant une tutelle paternelle, sachant se taire à temps et à temps s'adressant à leur cœur, parfois en les distrayant ou alors en les laissant en paix éclater de chagrin".

Il souligna qu'une visite à Geel "aurait modifié grandement l'opinion des gens qui croyaient qu'il n'y avait rien de mieux à offrir à un fou que l'asile", et que, si les progrès scientifiques avaient élevé les aliénés à la dignité d'infirmités, la colonie belge lui semblait destinée, avec les réformes adéquate, à les rapprocher des conditions sociales ordinaires.

En 1878, le professeur Verga, même s'il pensait que le meilleur soin relevait d'un asile bien organisé, voyait des bénéfices possibles à confier certains malades à la garde de familles. Le modèle d'accueil familial qu'il soutenait, et qu'il exhortait ses collègues à appliquer comme élargissement du système asilaire, s'inspirait de Geel, avec de légères modifications.

Le ferrarais Cappelletti soutenait un modèle proche du système écossais, appliqué à cette époque en Allemagne à Dalldorf et à Herzberg, sur les bases suivantes :

- ne pas confier les malades traversant une phase aiguë ("... l'avantage de la liberté en famille sera bien plus profitable si le malade a déjà senti le malaise de l'internement dans l'asile") ;
- les colonies comme Geel sont trop éloignées du lieu de provenance. Il faut de petites colonies à proximité des asiles, alimentées seulement par les malades déplacés par chaque institution". Selon lui, les critiques au traitement en famille étaient émises par des médecins travaillant dans les asiles publics ou privés, au nom de leur intérêt et de leur éducation.

Giulio Cesare Ferrari, directeur de l'asile d'Imola et pionnier de la psychologie italienne, soutenait le patronage hétérofamilial car "l'aliéné doit retourner à la famille pour reconquérir la dignité de l'homme" puisque "bien que modérée, la limitation de la liberté n'en reste pas moins une limitation du Moi conscient, qui en a toujours à souffrir". Fin 1800, son attitude peut être considérée comme révolutionnaire. En effet, il écrivit que "l'existence des asiles détermina fatalement l'idée de la dangerosité des aliénés", et que "on arriva très tôt à l'impossibilité de séparer l'idée de l'aliéné de l'idée de l'asile", provoquant l'abondance excessive d'asiles dont "l'existence réclame les malades qui, autrement, pourraient être tolérés libres".

S'inspirant du modèle français (Dun-sur-Auron, Ainay-le-Château), il proposait les régions abandonnées pour l'installation des futures colonies. Des couples d'infirmiers expressément envoyés sur place étaient engagés pour l'assistance aux malades, et la colonie devait se détacher, sur le plan sanitaire et administratif, de l'asile qui l'avait engendrée.

Contrairement aux pratiques de Geel, il excluait les paralytiques, "sales", impotents, alcooliques, impulsifs, agités, mélancoliques. Quant aux autres pathologies, il ne se basait pas sur le contenu des délires mais sur le comportement du malade face à ceux-ci. Enfin, il situait la limite de développement d'une colonie à 400 accueils familiaux.

Bien que le débat portait sur l'assistance familiale appelée "patronage hétérofamilial" et ses différents modèles, en Italie, la pratique la plus répandue était la "garde privée homofamiliale". Presque à l'unisson, les spécialistes se rangèrent contre cette forme de résidence pour les malades pour les raisons suivantes :

- la famille n'a pas l'autorité sur le malade pour le contenir et lui donner une discipline ;
- les familles biologiques ne sont pas sélectionnées ;
- les familles concernées étant pauvres, le subside versé pour l'assistance constitue leur seule source de gain. Le "monneyage" de la pathologie peut indirectement provoquer la chronicisation du trouble en transformant les disgrâces en ressource économique. De son côté, la famille d'accueil peut toujours compter, à la fin d'un accueil, sur l'arrivée d'un nouvel hôte.

Le professeur Augusto Tamburini, directeur de l'asile de Reggio d'Émilie, père du patronage hétérofamilial italien, définit la garde privée homofamiliale comme un système utile seulement à de "déplorables spéculations". Au contraire, il plaida⁴ la cause de l'accueil familial thérapeutique, proposa une loi destinée à sa réglementation⁵, engagea et conduisit le service le plus structuré et le plus durable de Patronage Hétérofamilial d'Italie : celui de Reggio d'Émilie.

La diffusion

Selon les sources ministérielles, le tableau suivant (nombre d'aliénés assistés en famille) montre le degré du développement de l'accueil familial (homo/hétéro) en Italie, à l'époque.

Ville	1898 homo+hétéro familial	1902 homofamilial	1902 hétérofamilial	1902 total
Florence	450	800	150	950
Reggio d'Emilie	57	48	150	68
Modène				
Lucques	92	140	31	171
Arezzo	50	65	-	65
Peruge	102	107	12	119
Pise	50	55	-	55
Ancône	28	35	21	56
Pesaro	14	30	-	30
Ascoli-Fermo	4	4	1	5
Milan-Mombello	5	2	-	2
Bergamo	38	36	-	36
Cremone	41	1	-	1
Naples	-	50	-	50
Forli	1	15	-	15
Gênes	-	2	-	2
Turin	-	5	-	5
Sienne	80	47	33	80
Total partiel	1012	1142	268	1710
Aversa-Caserta	56	-	-	56?
Autres provinces	349	-	-	349?
Total	1417	-	-	2115?

En 1898, il y avait en Italie 1417 patients en famille, c'est à dire 4% des aliénés recensés. La plupart résidait donc chez leur propre famille dans le cadre de la garde privée homofamiliale. Les familles qui voulaient recevoir le subside pour la garde de leurs malades effectuaient une demande accompagnée de certificats médicaux à la direction de l'asile qui favorisait ou non l'assistance à domicile et la contribution économique de la Province. Dans la plupart des cas, l'asile ne s'occupait plus du malade, tandis que la Province continuait à supporter la charge financière. A Reggio d'Émilie, ce système comptait sur une surveillance par les institutions.

Même le système de garde privée hétérofamiliale qui, à Florence en 1902, comptait 150 accueils réussis, n'était pas réglé par des normes précises. Mis à part le fait qu'il s'agissait d'une famille différente de la famille d'origine, le fonctionnement était le même que dans la version homofamiliale. Ce type d'expériences existait aussi à Ancône et à Pérouse.

La littérature désigne le modèle de Reggio d'Émilie comme le système de patronage hétérofamilial le plus fonctionnel et le plus efficace :

- les accueillants recevaient un infirmier de l'asile pour garantir une expérience dans la relation avec les gens atteints de troubles mentaux. Ce système est qualifié de semi-professionnel⁶ ;
- le domicile des familles devait être à proximité de l'asile, pour faciliter les visites à domicile du personnel et favoriser la surveillance ;
- avant de placer un malade, on vérifiait les conditions d'hygiène de l'habitation ;
- des normes de logement, de couvert, de traitement moral et physique du patient étaient imposées. Le chef de famille signait une déclaration de prise de responsabilité. Chez chaque famille, un registre mentionnait les frais engagés pour l'hôte et les contrôles à domicile réalisés ;
- la famille recevait un trousseau, au besoin, un lit et du linge, logeait au plus deux patients ;
- la somme journalière affectée par les provinces à l'asile, et attribuée par celui-ci à la famille, était de 1,25 lire en 1902 (presque le double de celle accordée pour la garde domestique) ;
- les patients accueillis dans les familles pouvaient compter sur une vigilance médicale assidue, et étaient invités à participer aux activités récréatives de l'asile (fêtes, spectacles...).

Les premiers bénéficiaires étaient des femmes chroniques, tranquilles et propres, d'âge mûr. Puis, le système a été étendu aux hommes et à d'autres pathologies.

Les malades étaient satisfaits. Entre eux et les familles s'établissaient de bonnes relations affectives ; ils se sentaient utiles puisqu'ils collaboraient aux travaux et recevaient une rétribution. Les médecins, après quelque mois, remarquaient de nettes améliorations du comportement du patient. De plus, après une période d'épreuve, la population avait peu à peu perdu sa méfiance initiale, et reconnaissait au service des effets économiques et sociaux positifs.

Pour Tamburini, les postulats de travail étaient une attention maximale dans la sélection des patients et des familles, une surveillance étroite par le personnel de l'asile, un règlement précis et détaillé. Il avait pensé appeler le système de Reggio d'Émilie : Système Village Extra Asilaire ou Extension Coloniale de l'Asile.

En quatre ans, le service est parvenu à 33 accueils. Six ont abouti au retour chez eux des patients améliorés considérablement ; six à l'internement dans un asile. Fin 1917, il atteignait le chiffre considérable de 90 hôtes (71 femmes et 19 hommes). En 1929, il était encore considéré comme une solution d'hébergement pour des "déplacés" tranquilles et inoffensifs. Il s'est éteint début 1970 pour des raisons liées au bouleversement social de la seconde moitié du siècle (clivage de la culture paysanne, forte urbanisation, évolution de l'institution familiale).

L'expérience de Lucques, pilotée par le docteur Cristiani, présentait beaucoup d'analogies avec celle de Reggio, et dans les trois premières années, elle totalisa 31 accueils. Se posèrent alors des problèmes avec l'Oeuvre Pieuse qui gérait l'asile car, à mesure que les déplacements augmentaient, elle voyait diminuer le nombre des pensions sur lesquelles elle pouvait compter.

Le modèle d'Imola, mise en œuvre par Ferrari, utilisait le patronage hétérofamilial, non pour évacuer les asiles, mais comme instrument de soin et de réhabilitation du patient. Le Patronage des Malade Mentaux Pauvres⁷ recevait 1,20 Lire par jour de la province et les engageait dans l'accueil familial. Généralement, un membre de la famille devait être infirmier professionnel.

Par contre, à Nocera, selon le docteur Ventra, l'expérience se révéla ruineuse puisque les familles, en l'absence de contrôle, abandonnaient le fou et encaissaient seulement le subside.

La situation actuelle

Actuellement, l'accueil familial pour des personnes suivies par les services psychiatriques existe dans des situations particulières, rares, de manière éparse sur le territoire, non quantifiées, souvent improvisées et non référées à un modèle spécifique.

Parmi ces expériences, grâce à son originalité et aux résultats obtenus, se distingue celle des "Crisis Farms" mise en place par la coopérative "Alice nello specchio" de Turin. Sa particularité, qui l'apparente aux "Crisis Homes" américaines⁸, est d'intervenir sur la crise du patient, qu'elle se présente au niveau relationnel (du système familial) ou au niveau individuel (aggravation des symptômes), en évitant l'hospitalisation. Contrairement à l'expérience américaine, l'accueil s'effectue exclusivement par des familles de professionnels de la réhabilitation (éducateurs, opérateurs psychiatriques...) résidant à la campagne.

Selon les partisans de cette expérience, le milieu rural allié à l'expérience éducative des familles favorise la récupération de l'individu et la résolution rapide de la crise. La durée moyenne de séjour est de 15 jours, avec l'objectif du retour de l'hôte à son domicile. Le personnel de la coopérative opère en étroite collaboration avec les services psychiatriques.

Le plan sanitaire du Piémont, pour 1997-99, prévoyant à titre expérimental la création de services d'accueil hétérofamilial pour patients psychiatriques adultes, certains départements de santé mentale piémontais cherchent en ce moment à se conformer à ce mandat.

Depuis décembre 1997, je travaille à l'élaboration d'un service d'Intégration Hétérofamiliale Soutenue pour Adultes souffrants de troubles psychiques (IESA) dans les environs de Collegno, petite ville aux portes de Turin, connue pour avoir accueilli l'un des plus grands asiles italiens, "la Certosa". La population s'est familiarisée avec des personnes un peu extravagantes. Quelques une de ces personnes, âgées, "citoyennes de la Certosa", accueillies dans des communautés protégées, rôdent à présent entre les rues de la petite ville, en inspirant sympathie et tendresse.

En collaboration avec le département de santé mentale 5b de la Maison Sanitaire Locale n° 5 (ASL 5) dirigée par le Professeur Furlan, l'Université de Turin et la coopérative "Alice nello specchio", ont été abordées toutes les problématiques qui se posent dans le cadre d'une proposition novatrice. Malgré les difficultés, le modèle que j'ai proposé, inspiré de l'association Arkade de Ravensburg, a été adopté.

Contrairement à ce service, l'organisation et le soutien des accueils hétérofamiliaux sont à la charge d'une équipe composée par des personnels de l'ASL 5, au moins au départ. Par la suite, la gestion sera probablement confiée à une organisation sociale privée qui opérera en collaboration synergique avec chaque référent de la maison sanitaire locale.

L'équipe, qui suit depuis janvier 1999 deux accueils, est composée d'un référent institutionnel (psychiatre, 3 heures par semaine), d'un coordinateur (psychologue, plein temps) et d'un opérateur (infirmier spécialisé en psychiatrie, plein temps). Au-delà de la supervision, elle se réunit hebdomadairement pour une rencontre d'organisation avec le référent institutionnel.

Les visites aux familles, en moyenne deux fois par mois, sont effectuées par l'opérateur qui s'occupe de la situation relationnelle liée à la vie en commun, sans laisser de côté une aide plus pratique, et constitue une référence pour la famille même en cas d'urgence. Chaque opérateur à plein temps peut s'occuper de 10 accueils. Quant à l'assistance médicale et sociale spécialisée, l'hôte continue à s'adresser à son psychiatre et à son assistante sociale territoriaux.

La somme attribuée aux familles s'élève à 1.800.000 de liras mensuelles. Elle est délivrée, pour une part ou en totalité⁹, par l'ASL, sous forme de chèques thérapeutiques en faveur de l'hôte qui la reverse à la famille pour rembourser les frais d'hospitalité¹⁰. Celui-ci reçoit en plus 250.000 liras par mois pour pourvoir à ses dépenses personnelles.

Quatre étapes sont prévues : sensibilisation de la population à la souffrance mentale, information sur le service, récolte des candidatures, et sélection par des entretiens semi-directifs et des visites à domicile. Les accueillants pré-choisis suivent ensuite une formation théorique et expérimentale. Les patients retenus comme étant aptes à la vie en commun sont sélectionnés, de manière à créer les appariements les plus adaptés avec les familles. Puis, deux rencontres entre les deux parties sont organisées, chez la famille, en présence d'un opérateur du service.

On élabore ensuite le contrat entre les parties (l'hôte, la famille, le service) qui règle les deux premières semaines (période d'essai) et le véritable accueil. Parmi les clauses du contrat est prévue une couverture par assurance responsabilité civile de l'hôte et de la famille. Est en plus reconnu à la famille, même s'il est découragé, le droit de passer ses vacances sans l'hôte.

Enfin, la famille qui souhaite mettre fin à l'accueil doit donner un préavis d'au moins trois semaines. L'hôte et le service peuvent fixer à n'importe quel moment, avec la discrétion nécessaire, un transfert vers une autre domiciliation plus adaptée.

Notes

- 1 - Les articles relatifs à l'accueil familial thérapeutique du Décret Royal du 1909 sont toujours vigoureux.
- 2 - Dans les textes consultés, les termes utilisés sont "soin dans la maison privée", "patronage hétérofamilial", "colonies familiales", "assistance familiale", "traitement familial", "garde familiale", "abri familial".
- 3 - Selon une enquête ministérielle de 1898, les hospitalisés en excédent étaient environ 5000 dont au moins 3000 ne devaient pas se trouver dans l'asile. La dépense pour les provinces avait presque quadruplé en 27 ans.
- 4 - On parla du patronage hétérofamilial aux congrès de la Société Italienne de Phrénatrie en 1891, de Reggio d'Émilie en 1896 et d'Ancone en 1901. Aux congrès internationaux sur l'assistance d'aliénés à Antwerpen en 1902 et à Milan en 1906, l'accueil familial thérapeutique, très évoqué, vit dans le professeur Tamburini un défenseur passionné.
- 5 - En 1891, Lombroso et Tamburini furent chargés d'inspecter les asiles et de préparer un projet de loi comprenant le patronage familial. Cette proposition fut reprise dans la loi de 1904 et dans le Décret Royal de 1909.
- 6 - Selon une classification souvent citée, il y a quatre formes d'accueil familial thérapeutique pour adultes : la colonie de patients ou "type concentration" (placements de nombreux patients dans les familles d'un pays ou d'une ville : Geel et Lierneux (Belgique), Iwakura (Japon), Dun-sur-Auron et Ainay-le-Château (France) ; l'accueil familial indépendant de l'hôpital ou "type dispersion" (patients distribués chez des familles disséminées sur le territoire national : Écosse, Norvège et Allemagne sous la République de Weimar) ; la plus répandue est centrée sur l'hôpital ou "type annexe" (patients déplacés de l'hôpital accueillis par des familles délocalisées dans la région de compétence de la clinique pour pouvoir être assistés par le personnel : Allemagne, Suisse, Hollande, France, USA, Canada) ; concernant le "type semi-professionnel", les fondateurs de l'accueil familial en Allemagne, Wahrendorf et Alt, firent construire entre 1890 et 1910, près de leurs cliniques, les "pays de soin" pouvant accueillir jusqu'à 3 patients. Les appartements, bon marché, furent occupés par les infirmiers qui commencèrent à accueillir des patients, assistés par leurs femmes.
- 7 - Il assistait et soutenait l'indigent sorti de l'asile jusqu'à ce qu'il ait trouvé un travail et un bon placement.
- 8 - A Dane County, dès 1987, dans le Crisis Home Program, les patients étaient accueillis chez des familles habilitées, pendant la période de la crise. À Denver, un service similaire, en vigueur dès 1970, a obtenu une moyenne du rapport lits en hôpital psychiatrique/population à 1/100.000 (celle des États-Unis était de 90/100.000).
- 9 - En cas de situation économique favorable pour l'hôte, celui-ci financera partiellement ou totalement son accueil.
- 10 - Cette modalité de remboursement des frais permet de maintenir haut le pouvoir contractuel de l'hôte.

Extraits du Décret Royal du 16 août 1909 - Règlement des asiles et des aliénés

Art. 2. Sous la dénomination de maisons privées sont comprises toutes les maisons privées, exceptée celle de l'aliéné ou de sa famille, lesquelles, sans être organisées comme un asile, reçoivent un ou deux aliénés aux termes des articles 13, 14 et 15 du présent règlement.

Art. 13. On ne peut autoriser le traitement dans une maison privée que pour un ou deux aliénés.

Art. 14. Pour qu'on puisse autoriser le traitement dans une maison privée, il faut qu'on démontre :

- a) la salubrité de la maison et sa capacité à recevoir convenablement l'aliéné, et la disposition adaptée des pièces ;
- b) sa localisation hors des agglomérations, et avec, si possible, une extension suffisante de terrain annexe ;
- c) la possibilité que l'aliéné soit destiné à quelque travail préférablement agricole ;
- d) la composition de la famille et les occupations de ses membres pour vérifier si l'aliéné aura le traitement et l'assistance nécessaires, et éliminer les probabilités de danger pour l'aliéné ou toute autre personne, et de scandale public ;
- e) la bonne conduite et la moralité des membres de la famille ;
- f) l'assistance médicale avec l'assurance que le médecin assume la prise en charge de l'aliéné.

Art. 15. L'autorisation pour le soin d'aliénés étrangers à sa propre maison est demandée au préfet. Celui-ci, après avoir pris ses informations et réalisé des contrôles, s'il reconnaît la demande acceptable, la fait inscrire dans la liste qu'il soumet à l'approbation du Procureur du Roi de la circonscription de l'asile. Le directeur d'un asile qui, sous sa responsabilité, autorise le soin d'un aliéné dans une maison privée, la choisit parmi celles qui sont autorisées par le préfet.

Art. 16. Le directeur de l'asile peut organiser des cours théorique-pratiques destinés à ceux qui désirent recevoir les aliénés dans une maison privée. Ils ne peuvent pas durer moins de six mois. Le directeur peut délivrer des attestations d'aptitude à ceux qui ont suivi les cours. Les familles munies de cette attestation ou dont fait partie un ex-infirmier ou ex-surveillant doivent être préférées quand ne manquent pas les autres qualités requises, dont on parle à l'article 14.

Pour l'échange d'informations sur l'accueil familial thérapeutique pour adultes :

Dott. Aluffi Gianfranco

Servizio IESA - DSM 5b - ASL 5 - Via Martiri XXX Aprile n° 30 - 10093 Collegno - Italie

Tel. : 0039-011-4017413 ou 0039-011-4017463 - Fax : 0039-011-4017276

expérience

EXPÉRIENCE VAROISE POUR UN SERVICE DE PLACEMENT FAMILIAL DÉPARTEMENTAL

Marie-Claude GRIVEL

assistante maternelle à l'aide sociale à l'enfance
présidente de l'association A.A.M.A.S.E. 83

A l'instar de la Drôme, le conseil général du Var a décidé de transformer le placement familial de l'aide sociale à l'enfance en Service Départemental de Placement Familial. Les travailleurs sociaux se sont tous portés volontaires pour y œuvrer.

Depuis un an déjà, ce service va dans le sens de la reconnaissance de l'assistante maternelle comme membre à part entière de l'équipe. En matière de "management", sont souhaitées une meilleure prise en compte des compétences et la création d'un véritable corps d'assistantes maternelles afin de rompre leur isolement.

Autour d'une même table se sont rassemblés des travailleurs sociaux, des psychologues, des conseillers techniques, des inspecteurs et des assistantes maternelles, tous volontaires. Différents groupes de travail se sont mis en place, évaluant les conditions de sécurité, réfléchissant sur le contrat d'accueil considéré comme un outil du projet pédagogique pour l'enfant, envisageant les diverses possibilités et solutions pour les congés des assistantes maternelles en rapport avec une évaluation de la sujétion et des contraintes réelles... D'autres commissions sont en préparation. Au cours de ces rencontres, chacun émet ses idées, et les décisions prises sont communes.

Une véritable concertation se met en place sur chaque unité territoriale, par le biais d'un entretien entre l'assistante maternelle et l'équipe (conseillère technique, travailleur social, médecin de PMI, psychologue). Tous les sujets délicats sont abordés tels le secret professionnel, les rapports avec la famille de l'enfant, la disponibilité de l'assistante maternelle et celle du service, nos capacités à mesurer les difficultés rencontrées avec l'enfant, ses parents, l'équipe, et les souhaits de chacune quant à son quotidien. Ce bilan se concrétisera par un entretien annuel avec la directrice du service de placement familial départemental, auquel assistera la conseillère technique de l'unité territoriale, garante de parole de l'équipe. Les appréciations qui en découleront seront consignées dans le dossier de chaque assistante maternelle.

Nous pensons que ces entretiens sont profitables à toutes. Ils permettent à chacune de repenser son travail, de voir si une situation se dégrade et si un suivi et une aide sont nécessaires, l'enfant restant au centre des préoccupations.

Dans ce contexte de volonté évidente de la reconnaissance professionnelle des assistantes maternelles, l'accès au service s'avère plus aisé, et chacun trouve sa place, dans une spécificité respectée. Nous pensons que cet état d'esprit va dans le bon sens, et donne lieu à un réel partenariat dont l'intérêt de l'enfant ne peut qu'être bénéficiaire.

La reconnaissance de la professionnalisation des assistantes maternelles passe également par la reconnaissance financière. Nos salaires ont été réévalués de façon significative puisque nous percevons un salaire mensuel équivalent à 150 heures de SMIC pour le premier enfant accueilli, et 100 heures de SMIC pour les autres. Cette réévaluation se poursuit par étapes, et devrait aboutir à 169 heures de SMIC pour le premier enfant au 1er janvier 2000.

Parallèlement ont été octroyés une prime de fin d'année de 3500 francs, une indemnité d'absence en août de 500 francs, une prime de puériculture de 3500 francs pour l'accueil d'un enfant de moins de trois ans, le bénéfice du comité des œuvres sociales au même titre que les agents non titulaires. Plus symbolique mais non négligeable, les assistantes maternelles ont été invitées aux vœux du conseil général le 1er janvier 1999.

Nous avons le sentiment de sortir de l'ombre et d'avoir parcouru un long chemin par rapport à certaines de nos collègues confrontées à un manque de partenariat et de reconnaissance. Mais, nous voulons aller plus loin, en particulier sur les points suivants :

- prévoir une commission, qui à l'instar de la CCPD, évaluerait le bien-fondé des licenciements des assistantes maternelles ;
- créer un lieu neutre pour les visites des parents sous la surveillance et la responsabilité d'un travailleur social dont les rapports seraient dans le dossier de l'enfant ;
- mettre en place un superviseur pour les assistantes maternelles ;
- envisager une formation continue qualifiante et diplômante, dont les modalités restent à trouver, validant des modules d'activité et d'expérience en stage pratique, intégrant des sessions communes avec les travailleurs sociaux ;
- proposer des confrontations plus fréquentes avec le service ;
- supprimer l'indemnité d'attente pour la remplacer par un véritable salaire d'attente.

Les assistantes maternelles sortiraient-elles de la nuit des temps ? Ici, et là, une écoute différente, des signes de reconnaissance apparaissent qui semblent le montrer.

actualité

LA LOI DU 10 JUILLET 1989

RAPPELS ET PROPOSITIONS

Joëlle VOISIN (sous-directeur de la réadaptation, de la vieillesse et de l'aide sociale)
ministère de l'emploi et de la solidarité - direction de l'action sociale

1. Historique : bref rappel sur les origines de la loi du 10 juillet 1989

Avant la loi du 10 juillet 1989, il existait une situation paradoxale sur le plan juridique : pour les bénéficiaires de l'aide sociale, le placement familial était régi par le code de la famille et de l'aide sociale ; pour les autres, par le décret de 1962.

Il n'existait aucune disposition législative appropriée, d'où le développement dans la semi-clandestinité de ce type d'activité, et des situations de personnes âgées accueillies dans des conditions catastrophiques.

Un étude menée par l'UNIOPSS, en 1986, avait en effet relevé de nombreux dysfonctionnements. Face au développement de ce type d'accueil, quelques départements avaient mis en place des dispositions d'agrément et parfois de suivi.

Était apparue la nécessité de conférer un cadre législatif et réglementaire adapté aux situations d'accueil familial qui se développaient, et de combler le vide juridique pour les placements familiaux effectués en dehors du cadre de l'aide sociale.

La loi poursuivait 3 objectifs principaux :

- offrir les garanties nécessaires à la personne accueillie et à la personne accueillante ;
- mettre en place une procédure d'agrément et de suivi social souple pour respecter l'esprit de la décentralisation en confiant l'essentiel de la responsabilité aux présidents des conseils généraux ;
- favoriser ce mode d'accueil par des dispositions d'ordre fiscal et social.

Il s'agissait d'autre part de :

- développer une formule à mi-chemin entre le maintien à domicile et l'hébergement en institution ;
- éviter les abus qui avaient été constatés ;
- donner la possibilité aux personnes âgées d'accéder à une forme d'accueil plus souple et moins coûteuse que les formules existantes, tout en offrant aux personnes accueillantes une possibilité de revenus complémentaires.

2. L'accueil familial aujourd'hui

Avant l'étude de l'IFREP, la mise en œuvre du dispositif était mal connue. On estimait à 4500 environ, le nombre de personnes accueillies et on sous-estimait considérablement la part d'adultes handicapés accueillis.

Face aux sollicitations de nombreux conseils généraux confrontés à la difficulté de gérer au quotidien ce dispositif, et à celles des principales fédérations de familles d'accueil se plaignant des conditions d'activité des accueillants, il est apparu urgent au ministère de l'emploi et de la solidarité de réagir.

C'est pour cela qu'en 1997 a été décidée la constitution d'un groupe de travail regroupant des représentants du ministère (DAS/SESI), l'Assemblée des Présidents de Conseils généraux, et 4 conseils généraux (Pas-de-Calais, Jura, Dordogne, Ille-et-Vilaine) avec trois objectifs :

- évaluer les modalités d'application sur le terrain de la loi de 1989 au moyen d'une enquête exhaustive sur l'accueil familial des personnes âgées et handicapées ;
- auditionner les principaux organismes et fédérations concernés afin de recueillir leurs observations sur le dispositif (UNIOPSS, UNAFA, UNAF, FNAT, UNAPEI, FNAF) ;
- proposer des évolutions législatives et réglementaires pour l'amélioration du dispositif.

Une étude a ainsi été confiée à l'IFREP (Institut de Formation, de Recherche et d'Évaluation des Pratiques médico-sociales). Elle a été rendue possible grâce à l'Assemblée des Présidents de Conseils Généraux.

Quelques résultats de l'étude

99 départements ont répondu au questionnaire : 4 d'entre eux n'ont pas de dispositif d'accueil familial (Ain, Haute-Corse, Paris, Guyane) et n'ont donc pas délivré d'agrément. 1 département, ayant agréé moins de 10 personnes, n'a pas répondu à l'évaluation.

a) Les accueillants

Au 31 décembre 1996, pour 95 départements, 8.950 personnes sont agréées (des femmes à 96%, entre 40 et 60 ans à 66%).

Profil général : en couple, activité professionnelle antérieure comme employés, maison individuelle dont elles sont propriétaires à 95%, habitat isolé à 41%.

Répartition des agréments : concentration : à l'ouest d'une ligne Bayonne-Lille (surtout sud-ouest et nord). Pas d'influence systématique entre le développement de l'accueil et un faible nombre de places en établissement d'hébergement.

Caractère familial de l'accueil respecté :

- 56% des agréments sont limités à l'accueil d'une seule personne,
- 12% des particuliers ont une dérogation pour la 3ème personne, généralement pour l'accueil de personnes âgées,
- quota général de 1,3 accueilli par personne agréée.

Un statut peu attractif : des disparités de rémunération suivant les départements, et de façon générale peu d'avantages complémentaires (congés payés, majorations de dimanches et de jours fériés, indemnité en cas d'absence de l'accueilli,...).

Des efforts réalisés en terme de formation des accueillants : 2/3 des départements ont mené des actions de formation généralement en cours d'accueil et 11 départements le prévoient. En tout, 71 départements concernés. Mais trop d'imprécision dans les textes entraîne une grande variation dans le contenu et la durée des formations.

b) Les personnes accueillies

Au 31 décembre 1996, pour 95 départements; étaient recensées 11.717 personnes accueillies dont 50,4% de personnes âgées (PA) et 49,6% de personnes handicapées (PH).

Les PH de plus de soixante ans étant comptabilisées dans les PA, en réalité plus de la moitié des personnes accueillies sont des PH (presque 60%).

Ces deux populations sont différentes du point de vue de leur profil, de leur provenance, et des hypothèses de fins d'accueil.

Contrairement aux PA, les 3/4 des PH accueillies viennent de prises en charge institutionnelles. 32% sont issues de services de psychiatrie, et 26% viennent de l'accueil familial d'enfants.

On note néanmoins que l'accueil familial reste un mode d'accueil encore peu développé par rapport à l'hébergement en institution. Il représente 1% des places en établissements pour personnes âgées, et 7% des places pour personnes handicapées.

79% des personnes handicapées sont sous tutelle ou curatelle, contre moins de 30% des personnes âgées.

3. Propositions de réforme du dispositif

Les travaux du comité de pilotage de l'étude confiée à l'IFREP ont confirmé que le dispositif mis en œuvre en 1989 ne donnait entière satisfaction ni aux particuliers auxquels il s'applique du fait du manque de qualité de l'accueil, ni aux associations représentant les familles d'accueil qui soulignent les insuffisances du statut des accueillants, ni enfin aux conseils généraux auxquels les textes ne permettent pas suffisamment de suivre et de contrôler les modalités de l'accueil.

Cette situation est d'autant plus regrettable que personne ne remet en cause l'intérêt d'un dispositif qui répond à un besoin réel des personnes âgées et des personnes handicapées. C'est pourquoi, afin de faciliter cette forme d'accueil, il est apparu nécessaire d'adapter la réglementation actuelle en la modifiant lorsque cela est nécessaire.

Les propositions suivantes, formulées par le groupe de travail, peuvent être regroupées autour de trois objectifs :

Le premier est d'améliorer la qualité de l'accueil par des mesures concernant aussi bien les personnes accueillies que les familles accueillantes.

a) S'agissant des personnes accueillies, il est proposé :

- de limiter quantitativement leur nombre par foyer afin de préserver le caractère familial de l'accueil (2 personnes accueillies, voire 3 par dérogation) ;

- de mettre en œuvre un véritable suivi social et médico-social ;
- de prévoir des indications de placement par la COTOREP pour les adultes handicapés.

b) Pour les familles accueillantes, il est proposé :

- d'instaurer une limite d'âge pour un premier agrément ;
- de mettre en place une formation obligatoire, élément de professionnalisation ;
- de prévoir leur représentation au sein d'une commission départementale de retrait d'agrément ;
- de préciser leurs modalités de remplacement afin d'assurer la continuité de l'accueil ;
- de supprimer la possibilité pour un accueillant d'être tuteur de son accueilli ;
- d'étendre le suivi, jusque là limité aux personnes accueillies, au dispositif d'accueil dans sa globalité.

Il est également prévu d'harmoniser les conditions de l'accueil en favorisant l'élaboration de modèles de contrats pour faciliter la négociation entre l'accueillant et l'accueilli.

Le deuxième objectif est d'améliorer le statut des personnes accueillantes.

Deux options sont ouvertes et font actuellement l'objet de négociations :

- soit la revalorisation de la rémunération de base en Minimum Garanti et l'attribution de certains droits et avantages sociaux afférents au statut de salarié (congés payés, majorations pour travail les dimanches et jours fériés) qui devront être inscrits obligatoirement dans le contrat passé entre la personne accueillie et la famille accueillante (le niveau de revalorisation fait l'objet de négociation).
- soit la fixation d'une rémunération en référence au SMIC.

Il s'agit dans tous les cas de fixer une rémunération décente qui n'engendre toutefois pas un surcoût trop lourd pour les personnes accueillies, lequel se répercuterait sur les conseils généraux dans le cadre de l'aide sociale.

Le troisième objectif est de clarifier et renforcer les moyens donnés aux conseils généraux pour suivre et contrôler les modalités d'accueil.

En s'inspirant des pratiques de certains départements, il est ainsi proposé de :

- recommander l'harmonisation du contenu du dossier de demande d'agrément ;
- poser le principe d'un agrément valable sur tout le territoire sous réserve, en cas de changement de résidence, d'une visite des lieux ;
- légaliser le principe d'un agrément provisoire pour un an, renouvelable par tacite reconduction, ainsi que la possibilité, dans des cas précis, de délivrer des agréments nominatifs ;
- prévoir un délai maximum d'instruction des dossiers de demande d'agrément ;
- prévoir une transmission systématique au président du conseil général du contrat signé entre la personne accueillie et l'accueillant ;
- clarifier les rôles respectifs des autorités concernées par le retrait d'agrément et son exécution (conseil général et Etat) ;
- prévoir une procédure de suspension d'agrément dans certains cas, procédure plus souple que la procédure de retrait.

Il conviendra bien entendu de prévoir des dispositions transitoires pour la mise en œuvre de ces nouvelles dispositions.

La plupart de ces propositions ont recueilli l'accord de l'APCG et de l'UNAF. Dès qu'un accord sera intervenu sur l'ensemble des dispositions en discussion, celles-ci seront traduites sous forme législative pour certaines, réglementaires pour la plupart.

Enfin, une disposition demandée depuis longtemps par les fédérations de familles d'accueil, et préconisée par le groupe de travail, vient d'être adoptée dans la loi de financement de la sécurité sociale en date du 23 décembre 1998.

Il s'agit du principe, désormais systématique, de l'exonération des cotisations patronales en faveur des personnes accueillies en famille d'accueil dans la cadre de la loi de 1989.

Quel avenir pour ce dispositif :

En 1996, tous les départements ont reçu des demandes d'agrément équivalant à 36% du nombre de personnes agréées. La moitié de ces demandes portaient sur des renouvellements ou des extensions d'agrément (globalement moins de 20% des demandes instruites dans l'année font l'objet d'un refus).

L'offre d'accueil continue donc à croître.

Il existe parallèlement un besoin réel des personnes âgées et handicapées adultes. Ce mode d'accueil permet aux personnes âgées qui ne désirent plus ou ne peuvent plus, car devenues trop dépendantes, demeurer à leur domicile, ainsi qu'aux personnes handicapées adultes, de bénéficier d'un mode d'accueil intermédiaire entre le maintien à domicile et l'hébergement en établissement.

L'accueil familial constitue une formule souple. Il permet généralement, par sa proximité géographique, de maintenir les liens tissés par la personne âgée ou handicapée avec son environnement antérieur.

C'est sans doute une des réponses à utiliser pour l'accueil des handicapés vieillissants dont la famille est très âgée.

L'accueil familial présente également un intérêt pour la collectivité par le potentiel d'emplois qu'il représente.

Il importe de l'inscrire dans le cadre des schémas départementaux car c'est un élément de la palette des réponses offertes aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

actualité

RÉMUNÉRATION DES ASSISTANTES MATERNELLES À L'AIDE SOCIALE À L'ENFANCE

Ces informations, communiquées par le Syndicat National Professionnel des Assistantes Maternelles, portent sur l'année 1997. Elles concernent le salaire (en heures de SMIC) pour le 1er enfant, pour le 2ème, pour le 3ème, les indemnités d'entretien et de nourriture, les primes d'entretien pour les enfants de moins de 12 ans, le bénéfice du comité des œuvres sociales.

département	salaire	2ème	3ème	indemn	- 12 ans	C.O.S.
Ain	84,50	84,50	84,50			oui
Aisne	84,50	84,50	84,50	56,00	56,00	
Allier	84,50	84,50	84,50	54,00	54,00	
Alpes de Hte Provence	84,50	84,50	84,50	51,50	54,50	oui
Hautes Alpes	93,00	93,00	93,00	69,72	69,72	
Alpes Maritimes	142,00	142,00	142,00	68,00	68,00	oui
Ardèche	84,50	84,50	84,50	58,00	58,00	
Ardennes	104,00	84,50	84,50	54,00	64,50	
Ariège	104,00	104,00	104,00	92,92	92,92	
Aube	104,00	104,00	104,00	62,50	62,50	oui
Aude	169,00	123,00	114,00	69,79	69,79	oui
Aveyron	114,00	97,00	86,67	60,00	60,00	
Bouches du Rhône	142,00	103,00	103,00	70,80	88,50	oui
Calvados	84,50	84,50	84,50	63,54	63,54	oui
Cantal	91,20	91,20	91,20	61,00	61,00	
Charente	84,50	84,50	84,50	58,33	58,33	
Charente Maritime	84,50	84,50	84,50	57,00	57,00	oui
Cher	84,50	84,50	84,50	54,00	58,00	
Corrèze	84,50	84,50	84,50	54,00	58,00	
Corse	84,50	84,50	84,50	60,00	60,00	
Côte d'Or	84,50	84,50	84,50	55,60	55,60	oui
Côtes d'Armor	92,00	94,50	94,50	57,58	57,58	
Creuse	90,50	84,50	84,50	50,00	56,00	aides
Dordogne	94,50	94,50	94,50	55,00	60,00	oui
Doubs	84,50	84,50	84,50	62,00	62,00	
Drôme	89,50	89,50	89,50	62,22	62,22	oui
Eure	84,50	84,50	84,50	55,25	59,25	
Eure et Loir	106,00	106,00	106,00	60,00	66,00	
Finistère	84,50	84,50	84,50	60,70	76,50	
Gard	103,50	103,50	103,50	69,66	69,66	
Haute Garonne	86,50	86,50	86,50	72,36	72,36	oui
Gers	98,00	98,00	60,00	65,00	65,00	
Gironde	94,00	86,00	86,00	60,00	65,00	oui
Hérault	115,78	115,78	115,78	66,00	66,00	oui
Ille et Vilaine	93,51	84,50	84,50	56,90	67,95	
Indre	84,50	84,50	84,50	53,00	53,00	
Indre et Loire	101,00	101,00	101,00	50,00	55,00	

département	salaires	2ème	3ème	indemn	- 12 ans	C.O.S.
Isère	88,50	88,50	88,50	75,50	75,50	oui
Jura	84,50	84,50	84,50	60,00	60,00	
Landes	98,00	84,50	84,50	62,00	66,00	
Loir et Cher	104,81	84,50	P 770	63,15	63,15	
Loire	88,00	88,00	88,00	70,00	73,00	
Haute Loire	84,50	84,50	84,50	59,00	59,00	
Loire Atlantique	104,00	104,00	104,00	53,00	70,00	
Loiret	88,00	88,00	88,00	67,00	67,00	
Lot	84,50	84,50	84,50	67,84	67,84	
Lot et Garonne	84,50	84,50	84,50	58,00	76,00	
Lozère	84,50	84,50	84,50	53,00	53,00	
Maine et Loire	84,50	84,50	84,50	54,35	66,17	
Manche	86,50	84,50	84,50	75,82	75,82	
Marne	84,50	84,50	84,50	57,00	57,00	
Haute Marne	84,50	84,50	84,50	50,00	60,00	
Mayenne	84,50	84,50	84,50	50,00	60,00	
Meurthe et Moselle	84,50	84,50	84,50	62,85	72,04	oui
Meuse	84,50	84,50	84,50	75,82	75,82	
Morbihan	84,50	84,50	84,50	66,35	74,89	
Moselle	84,50	84,50	84,50	58,00	74,50	
Nièvre	84,50	84,50	84,50	53,25	57,65	
Nord	84,50	84,50	84,50	67,10	73,60	
Oise	99,00	99,00	99,00	52,00	62,00	
Orne	84,50	84,50	84,50	57,00	69,66	
Pas de Calais	84,50	84,50	84,50	69,00	74,00	oui
Puy de Dôme	84,50	84,50	84,50	56,50	68,00	
Pyrénées Atlantiques	97,80	97,80	97,80	64,00	64,00	
Hautes Pyrénées	84,50	84,50	84,50	62,00	62,00	
Pyrénées Orientales	84,50	84,50	84,50	71,00	71,00	oui
Bas Rhin	84,50	84,50	84,50	68,00	68,00	
Haut Rhin	84,50	84,50	84,50	50,00	60,00	
Rhône	102,00	102,00	102,00	61,00	67,00	
Haute Saône	84,50	84,50	84,50	59,00	59,00	
Saône et Loire	84,50	84,50	84,50	68,00	73,00	
Sarthe	84,50	84,50	84,50	63,85	63,85	
Savoie	84,50	84,50	84,50	62,00	62,00	oui
Haute Savoie	105,00	105,00	105,00	60,00	69,00	
Seine	138,00	138,00	138,00	65,00	70,00	
Seine Maritime	90,50	90,50	90,50	64,00	64,00	
Seine et Marne	101,00	101,00	101,00	69,00	69,00	
Yvelines	125,00	125,00	125,00	72,00	83,00	oui
Deux Sèvres	94,50	94,50	94,50	67,50	67,50	
Somme	86,46	86,46	86,46	50,00	50,00	
Tarn	90,00	90,00	90,00	60,00	60,00	
Tarn et Garonne	90,00	90,00	90,00	78,86	87,20	oui
Var	95,01	95,01	95,01	61,00	66,00	oui
Vaucluse	90,87	84,50	84,50	54,27	63,33	
Vendée	85,50	85,50	85,50	57,27	72,36	oui
Vienne	84,50	84,50	84,50	68,40	78,70	
Haute Vienne	84,50	84,50	84,50	57,00	59,00	oui
Vosges	84,50	84,50	84,50	65,20	65,20	oui
Yonne	99,00	90,00	90,00	47,00	50,80	
Territoire de Belfort	84,50	84,50	84,50	69,40	77,10	
Essonne	124,00	124,00	124,00	75,00	80,00	
Hauts de Seine	138,00	138,00	138,00	62,00	70,00	oui
Seine St Denis	122,00	122,00	122,00	80,00	83,00	
Val de Marne	158,00	123,00	123,00	63,00	69,00	
Val d'Oise	133,86	99,88	99,88	68,00	68,00	
Guadeloupe	84,50	84,50	84,50			

actualité

RÉMUNÉRATION DES FAMILLES D'ACCUEIL DE SERVICES D'AFT DE LA RÉGION PARISIENNE

Ces informations proviennent des travaux d'un groupe de professionnels, intervenants en accueil familial thérapeutique pour adultes de la région parisienne, qui se réunissent régulièrement pour réfléchir au statut des familles d'accueil et au statut des patients.

Pour chaque établissement hospitalier est ici mentionné le salaire net mensuel perçu par la famille d'accueil, indemnités de sujétion et d'entretien comprises.

établissement	statut	salaire net
Hôpital L'Eau Vive - Soisy-sur-Seine (91)	CDI/CDD	8100
Hôpital Ste Anne - Paris (75)	CDI	7400 à 8400
Hôpital Esquirol - St Maurice (94)	salarié	10000
EPS Maison Blanche - Neuilly-sur-Marne (93)	contractuel	7800 à 12000
Hôpital Marc Jacquet - Melun (77)	contractuel	8236
Hôpital de Nemours (77)	salarié	8520
Hôpital de Poissy (78)	salarié	7562
Hôpital de Corbeil (91)	CDI	8504
Hôpital d'Evry (91)	salarié	8508
CHS B. Durand - Etampes (91)	salarié	8637 à 9970
CHS Paul Guiraud - Villejuif (94)		8000
CHS de Moisselles (95)	salarié	6000
Hôpital d'Aulnay (93)	salarié	6250
Hôpital de Villeneuve St Georges (91)	salarié	
Hôpital de Pontoise (95)	salarié	(brut) 7230
Hôpital d'Eaubonne (95)	salarié	6200
EPS Ville Evrard - Neuilly-sur-Marne (93)	salarié	6000
CHS Perray-Vaucluse - Epinay-sur-Orge (91)		9167

actualité

LES RISQUES DU MÉTIER

Jean-Claude CÉBULA

directeur de publication

Le numéro 4 de la revue (aujourd'hui épuisé) portait sur les risques et les écueils de l'accueil. Dernièrement, l'actualité, par deux fois au moins, est venue dramatiquement illustrer les risques auxquels chacun est exposé dans son travail, et particulièrement dans le cadre de l'accueil familial comme mise en scène des relations au monde, des histoires de vie et des événements qui ne pas sans laisser de traces.

A Tonnerre, en mars, deux travailleurs sociaux, une assistante maternelle et un éducateur, ont perdu la vie lors de l'agression d'un homme dont les enfants étaient placés.

A Rennes, en mars également, la cour d'assises jugeait le meurtre d'une jeune femme étranglée par la "famille d'accueil", un homme, à qui elle avait été confiée par un service de placement familial thérapeutique.

Sans avoir d'issues dramatiques aussi graves, dans le quotidien de leur travail, les accueillants et leur famille ainsi que les intervenants sont confrontés à des situations difficiles, déstabilisantes face auxquelles ils ne peuvent être laissés seuls.

Nous aurons l'occasion de revenir plus précisément sur les deux situations évoquées plus haut dans notre prochain numéro tant elles soulèvent des réflexions sur les enjeux et les responsabilités que tout dispositif d'accueil familial doit assurer pour protéger autant les accueillis que les personnels qui s'exposent à l'autre.

compte-rendu de colloque

SOIN ET CITOYENNETÉ : TOXICOMANIE ET «FAMILLES D'ACCUEIL DES TOXICOMANES EN QUÊTE DE FAMILLES... COLLOQUE DE L'ANIT - TOULOUSE - 19-20 MARS 1999

compte-rendu rédigé par **Kalou ESTRELLA-CASTEL**
chef de service du réseau des familles d'accueil
association Clémence Isaure, Toulouse

"L'ANIT propose d'organiser un tour de France des réseaux de familles d'accueil. De Midi-Pyrénées au Nord, du Sud-Est à l'Ile de France, ces colloques ouvrent aux singularités, aux offres de soins et aux modes de recherche issus des différentes pratiques.

Comment le spécialiste peut-il se saisir de l'histoire, de la vie sociale et économique d'une région comme terreau de "l'accueil" ?

De la famille d'origine à la famille d'accueil, tout principe de famille contient ou pas le possible à vivre. L'impasse de la transmission résiderait-elle dans le secret, dans l'Inédit, dans l'In/su... de l'amour... ? Et si la toxicomanie, mystique de la modernité est une réponse à cela, la famille en accueil n'est-elle pas le symbole de la rencontre, l'espace qui re/lie le lieu, où s'incarne la question essentielle de l'altérité ?"

Tel est le programme que l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie se propose de réaliser. Il a débuté à Toulouse lors de ce colloque organisé en coordination avec l'Association Clémence Isaure, et avec le concours du Conseil Régional Midi-Pyrénées.

Ce colloque avait pour ambition de faire connaître cette particularité qu'est l'accueil familial dans le dispositif de soins spécialisés en toxicomanie, et en même temps de démontrer, qu'en tant que tel, il ouvre à une dimension citoyenne d'engagement, à une forme de prise en compte de la prévention, à un volontariat en connivence avec les professionnels.

Les rapports entre le professionnel et les familles d'accueil, au travers de l'accueil et du suivi des toxicomanes, posent la question de la confrontation entre le savoir institutionnel et le savoir créatif des familles. Quel avenir dans les prochaines années pour l'accueil des toxicomanes : recrutement, motivations des familles ?

L'offre massive de substitution a sur l'offre de soin que propose la famille d'accueil un certain nombre d'effets : comment ne pas être tenté de soigner la toxicomanie et ses corollaires tout en continuant à prendre un produit psychotrope ?

La famille d'accueil n'est-elle pas en soi une substitution... écologique ?

Toutes ces questions, par l'intermédiaire des plénières et par le travail des ateliers, ont amené des brassages d'expériences, des mouvements conceptuels, des complexités de pensées.

Les familles d'accueil du réseau de Clémence Isaure ont ponctué ces moments de densité intellectuelle par leurs interventions dans les ateliers et lors du colloque sous forme de "gestus" théâtral. La singularité de cette forme a permis avec l'intensité de certains propos de provoquer une immense émotion, et le colloque par sa diversité, sa richesse, a atteint par moments des états de surprise, de suspension, proches de la grâce...

Souhaitons que l'authenticité de ces deux jours, qui est le résultat d'un immense travail, d'une proximité d'intentions, d'un respect mutuel, d'un désir vigoureux de partages, soit, dans les années qui viennent, toujours prête à mettre en éveil et en œuvre l'éthique qui la nourrit, et à travers elle l'obstination à soutenir la vie malgré tant et tant de difficultés et de violences quotidiennes.

compte-rendu de colloque

ASSISTANTES MATERNELLES : UN MÉTIER EUROPÉEN ? **COLLOQUE DE LA FÉDÉRATION DES ASSISTANTES MATERNELLES** **DE LA CHARENTE** **ANGOULÈME- 18-19 MARS 1999**

compte-rendu rédigé par **Nadine FICOT**
 présidente de la fédération départementale

"Assistants maternelles : un métier européen ?" Telle est la question développée au cours de deux journées internationales organisées par la Fédération Départementale des Assistantes Maternelles de la Charente les 18 et 19 mars 1999 à Angoulême, en partenariat avec des travailleurs sociaux du Conseil Général.

L'idée de partager avec d'autres pays pour la construction de l'identité professionnelle des assistantes maternelles fait suite à une première expérience d'échanges internationaux en 1993 avec le Québec. A l'heure de la construction européenne, il est apparu nécessaire et intéressant d'échanger avec leurs homologues "européens" sur le thème de la professionnalisation de la fonction d'assistante maternelle.

Pour cette manifestation, les assistantes maternelles ont souhaité que l'ensemble des acteurs mettant en œuvre les politiques de suppléances familiales en Europe puisse prendre la parole. Après un long travail de préparation, elles ont permis les interventions et les témoignages :

- de familles d'accueil/assistant(e)s maternel(le)s de onze pays de la Communauté Européenne (Allemagne, Angleterre, Autriche, Belgique, Danemark, Grèce, Italie, Irlande du Nord, République d'Irlande, Luxembourg et France) ;
- d'experts (magistrat et chercheur universitaire) ;
- de responsables administratifs et de travailleurs sociaux intervenant dans les systèmes de suppléance familiale de ces différents pays.

A travers cette action, les assistantes maternelles souhaitent :

- 1 - Mener une étude comparative des outils de suppléance familiale dans les pays de l'Union Européenne, essentiellement ceux concernant la fonction de famille d'accueil.
- 2 - Opérer des transferts de savoir-faire, échanger des pratiques professionnelles et pouvoir examiner des expériences locales réussies.
- 3 - Commencer la construction d'un réseau européen d'échanges et de coopération.

Il semble nécessaire d'insister sur les écarts constatés au sein des pays de l'U.E. dans le traitement de l'accueil des enfants en famille. Même si les "valeurs" des systèmes de protection de l'enfance présentent de grandes similitudes - cf. convention internationale sur les droits de l'enfant - il est possible de distinguer des différences. Schématiquement, elles se situent entre le Nord et le Sud - avec toutefois des nuances - qui peuvent sans doute s'expliquer par des "cultures familiales" différentes.

Tous ces constats révèlent la difficulté de "comparer". Il est toutefois des dénominateurs et préoccupations communs : "Assistante Maternelle" est une profession qui évolue d'un point de vue quantitatif (augmentations parallèles des placements), mais également qualitatif (souhaits partagés de formation accrue, d'organisation de la profession et questionnements quant à la rémunération).

Cependant, si bien souvent on observe que la rémunération va de pair, dans le sens de sa revendication, avec la formation, il est quelques pays où elle demeure "tabou" parce que jugée immorale...

L'évolution de cette profession en Europe suscite de nombreuses interrogations et nécessite de nombreuses recherches. Il y avait bien là matière pour un débat... qui n'a pu trouver de conclusion au cours de ce colloque et qu'il appartient aux participants de poursuivre.

N.B. : les actes du colloque seront disponibles en version bilingue (français/anglais) dès le mois de septembre 1999 au siège de la Fédération - 1 rue Kléber - 16160 Gond Pontouvre.

"l'accueil familial en revue" publie 2 numéros par an.

Destiné à tous les acteurs de l'accueil familial, chaque numéro est centré sur un dossier comprenant un éditorial, des articles et un glossaire. Ce dossier est accompagné de rubriques (actualité, réglementation, informations, expériences, études...) 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.

Thèmes des prochains numéros

- l'amour - l'argent
- la fonction des équipes
- les relations famille d'accueil - parents
- le devenir des accueillis

bulletin de commande ou d'abonnement

"l'accueil familial en revue"

Achat au numéro

	n° 1 - 02/96	le statut des familles d'accueil	épuisé
<input type="checkbox"/>	n° 2 - 09/96	le soin en accueil familial	70 F
	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
<input type="checkbox"/>	n° 5 - 06/98	l'agrément	70 F
<input type="checkbox"/>	n° 6 - 12/98	la formation en accueil familial	70 F

Abonnement : 1 an, soit 2 numéros

<input type="checkbox"/>	abonnement 1999 (n° 7 et 8)	140 F
<input type="checkbox"/>	abonnement 2000 (n° 9 et 10)	160 F

Abonnement : 2 années, soit 4 numéros

<input type="checkbox"/>	abonnement 1999-2000 (n° 7, 8, 9 et 10)	280 F
--------------------------	---	-------

*les renouvellements d'abonnements ne sont pas automatiques
merci d'en faire la demande*

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