

l'accueil familial

en revue

N° 16

juin 2006

des adultes en accueil familial

**questions de formation
et de dispositifs**

l'accueil familial

en revue

sommaire

DOSSIER :

des adultes en accueil familial : questions de formation et de dispositifs

J.C. Cébula	<i>variations autour de la table familiale</i>	5
S. Escots	<i>formation et accueil familial : problématiques et spécificités</i>	11
M. Bineau	<i>observations du CEFRAS sur les actions de formation conduites auprès des accueillants familiaux</i>	19
J. Priou	<i>la formation au service d'un accueil familial de qualité</i>	23
J.C. Cébula	<i>formation des accueillants familiaux : le cœur d'un métier</i>	25
J.C. Lardy	<i>ressenti d'un chef d'établissement psychiatrique par rapport aux nouveaux textes</i>	28
B. Alonso	<i>l'accueil familial sur mesure : un travail soigné</i>	32
Conseil général du Nord	<i>l'accompagnement des accueillants et des accueillis</i>	36

Éditorial

3

Agenda - informations diverses

4

Études et recherches

R. Dantan	<i>le dynamisme de l'accueil familial thérapeutique des adultes</i>	41
J. Guillaumin	<i>familles d'accueil de personnes âgées : entre identités et représentations professionnelles</i>	44
F. Repessé	<i>évaluer les effets thérapeutiques d'un service d'accueil familial pour adultes</i>	50

Commande des numéros

55

Revue semestrielle
Édition IPI
50 rue Samson - 75013 Paris
Téléphone 01 45 89 17 17

prix du numéro : 14

N° 16 - juin 2006

N° ISSN 1270.4164

Imprimerie Parenthèses (Nantes)

directeur de la publication Jean-Claude Cébula

comité de rédaction

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

éditorial

Les nouvelles dispositions relatives aux accueillants familiaux deviennent une occasion de soutenir une réflexion peu partagée sur l'accueil familial. En effet, la loi du 17 janvier 2002 et ses décrets d'application parus fin décembre 2005 (!) n'ont pas servi de support à de grands débats sur la place et la pertinence de ce mode d'aide destiné à des populations en difficulté.

Point de discussion donc, laissant les accueillants avec des avancées statutaires indéniables mais insuffisantes, et l'accueil familial dans sa parfaite non-reconnaissance.

Loin des préoccupations des médias, oublié des orientations sociales, l'accueil familial des adultes se perpétue difficilement. Les accueillants vieillissent et leur remplacement est peu assuré. Le métier n'est pas valorisé et reste même confidentiel. Des services départementaux ou médicaux tentent vaillamment de soutenir cette formule d'aide et de soin décryptant avec plus ou moins de bonheur des textes réglementaires flous.

Malgré un environnement toujours aussi peu au centre des intérêts et des préoccupations, des accueillis trouvent des espaces de vie plus confortables que ceux offerts par les collectivités et des accueillants familiaux exercent un métier qui oblige à suivre une formation initiale et continue. Sans autre précision du législateur (la seule parue dans l'ordonnance n° 2005-1477 du 1er décembre 2005, article 16, porte sur le fait que la formation initiale et continue « est organisée par le président du conseil général »), on peut concevoir quelques inquiétudes quant aux formations auxquelles vont devoir assister les accueillants familiaux en termes de thèmes, de durée, et plus généralement de définition du cœur du métier.

Ce numéro revient dans ses premiers articles sur ces questions de formation.

Suivent des textes davantage liés aux dispositifs d'accueil familial ainsi que des témoignages. La plupart ont été présentés lors des journées d'étude organisées à Paris les 13-14 décembre 2004 par l'IFREP.

Enfin, la rubrique « études et recherches » présente une étude sur la dynamique de l'accueil familial thérapeutique et une autre sur ses effets, ainsi qu'une troisième étude sur les représentations des accueillants de personnes âgées.

agenda - informations diverses

colloques - journées d'étude

- “ **Enveloppes familiales thérapeutiques** ” - congrès du GREPFA
15-16 juin 2006 - Les Sables d'Olonne
téléphone : 01 43 96 65 83 - fax : 01 43 96 65 65
- “ **Accueil familial : ça soigne !** ” - journées d'étude de l'IFREP
19-20 octobre 2006 - Paris
téléphone : 01 45 89 17 17 - courriel : ifrep@wanadoo.fr

réglementation

Taux 2006 des cotisations dues au titre des accidents du travail pour l'accueil à domicile, à titre onéreux, d'enfants, de personnes âgées ou d'adultes handicapés :

- sur leur propre demande ou pour le compte de particuliers : 1,00%
- confiés par des organismes publics, des œuvres, des établissements : 1,10%

Extension du champ des exonérations de cotisations patronales - article L. 443-12, alinéa 2 du nouveau code de l'action sociale et des familles - et lettre-circulaire ACOSS n° 2006-055 du 29 mars 2006 :

Les exonérations de cotisations patronales d'assurances sociales, d'accidents du travail et d'allocations familiales instaurées par la loi du 17 janvier 2002 pour les personnes âgées ou handicapées employeurs d'un accueillant familial sont étendues aux établissements ou services sociaux et médico-sociaux employeurs d'accueillants familiaux (possibilité introduite par la même loi). Sont concernés :

- les centres d'aide par le travail,
- les centres de réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle,
- les établissements ou services d'accueil (dont les foyers d'accueil médicalisé) ou qui apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale, ou assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert.

L'exonération se monte à 65 fois la valeur horaire du SMIC si la personne accueillie est âgée de moins de 70 ans, et devient totale si elle remplit l'une des conditions suivantes :

- elle est titulaire de l'élément "aides humanitaires" de la prestation de compensation ou d'une majoration pour tierce personne,
- elle est dans l'obligation de recourir à une tierce personne pour accomplir les actes de la vie quotidienne et est âgée d'au moins 60 ans,
- elle perçoit l'allocation personnalisée d'autonomie.

VARIATIONS AUTOUR DE LA TABLE FAMILIALE

Jean-Claude CÉBULA

psychologue clinicien

Directeur de l'IFREP

Les variations autour de la table familiale comme métaphore de l'accueil familial permettent de visiter son histoire, sa réglementation et des aspects du travail des accueillants familiaux. Et surtout de redire que l'accueil familial s'annonce comme une convivialité partagée et non comme une forme d'hébergement, d'hôtellerie ou de location à caractère familial.

Avant d'aborder chacune de ces variations, quelques mots sur la famille, la table et les fonctions de chacun. La table familiale et ses variations individuelles ou historiques dépendent à la fois des variations de la famille et des variations des modes alimentaires.

Les variations de la famille sont multiples. Elle est éclatée, recomposée, monoparentale... Les liens qui unissent ses membres ne sont plus seulement ceux du mariage. Les PACS, des formes d'association libre ont pris le relais. Quant aux variations de la table, c'est-à-dire autour des repas familiaux, elles sont également nombreuses. La télévision a fait son entrée, les activités des uns ou des autres font que l'on ne se retrouve plus pour ce rituel plusieurs fois par jour.

Malgré ces changements, gardons l'idée de la table qui rassemble au moins une fois par jour enfants et adultes composant une famille d'aujourd'hui (auparavant, on pouvait trouver trois générations autour de la table familiale). Lorsque celle-ci est composée d'adultes et d'enfants, on distribue aisément les places, les rôles et les fonctions des parents et des enfants. Lorsqu'elle est composée d'adultes dont des personnes âgées, la distribution des rôles et des fonctions s'opère aisément. Culturellement, dans une famille, et en particulier dans ces moments qui la réunissent, on sait donner une place aux enfants, aux adultes et aux aînés âgés. En est-il de même lorsque, autour de la table, se retrouvent plusieurs adultes, souvent plus de deux, dont les échanges, les places et les fonctions ne sont pas dépendants de l'appartenance à une famille mais sont dus à l'exercice d'une activité d'aide telle que l'accueil familial ?

Dans le quotidien partagé autour d'une table, qu'en est-il de chacun, des jeux relationnels qui organisent la vie et l'activité familiale, des enjeux identitaires pour les accueillants et pour les accueillis ? La vie familiale partagée ne peut qu'amener à des interrogations existentielles.

Pour les uns, les accueillants, ces questions peuvent relever d'une interrogation sur le métier, ses différentes facettes, ses limites, la place sociale et la reconnaissance que l'on en retire.

Pour les autres, les accueillis, ces questions pourraient être formulées ainsi : « Qui suis-je donc moi qui suis là ? Quelle est mon histoire ? Quelle est ma famille ? Pourquoi ne suis-je pas avec les miens et pourquoi suis-je avec d'autres ?... »

L'accompagnement de l'accueil familial devrait investir ce champ relationnel avec l'idée d'utiliser les ressorts thérapeutiques de cette confrontation permanente qui se pense dans un contexte familial.

VARIATIONS HISTORIQUES

L'accueil familial avec comme métaphore la table familiale n'a pas toujours été ainsi. Par exemple, l'accueil familial le plus structuré, donc le plus repérable, celui des malades mentaux, était animé, à l'origine, d'autres intentions. À Geel, au Moyen-âge, les « possédés » étaient bien sûr nourris et abrités, mais ne partageaient pas nécessairement la vie familiale des paysans qui acceptaient bon gré mal gré de les supporter. Dans les colonies familiales, installées en France à la fin du XIX^{ème} siècle, les accueillants, appelés « nourriciers », n'étaient pas convoqués pour accueillir à leur table, mais pour héberger dans des espaces distincts, nourrir et garder. Un plateau repas était apporté dans la pièce mise à disposition des accueillis qui mangeaient ensemble. Les rôles étaient ainsi établis entre gardiens et gardés ou entre nourriciers et... étrangers. C'est seulement dans les années 1960 que l'on a organisé, dans certains établissements, un accueil familial avec une grande proximité entre accueillants et accueillis.

Concernant l'accueil familial des handicapés, il faut préciser qu'il s'agit majoritairement de handicapés mentaux souffrant de troubles de la relation plus ou moins manifestes, ce qui n'empêche pas qu'ils puissent avoir aussi des problèmes physiques. Cette précision est importante car la première représentation qui vient lorsque l'on définit quelqu'un par son handicap est celle d'une personne en fauteuil roulant. Lors de sessions de formation, je rencontre fréquemment des familles d'accueil qui, dans un premier temps, n'abordent que l'aspect physique des difficultés de la personne qu'elles accueillent.

Par ailleurs, nous savons bien que les handicapés qui n'auraient que des problèmes physiques seraient aidés dans l'aménagement de leur espace de vie afin d'être le plus autonome possible. Quand ces familles d'accueil me disent qu'elles accueillent des handicapés en précisant qu'il s'agit de handicapés physiques, on réalise vite, en échangeant, que ces handicapés ont des troubles relationnels associés à situer dans le registre de la maladie mentale ou du handicap mental ou psychique.

L'histoire de l'accueil de ces populations s'inscrit dans l'histoire du statut donné aux handicapés et du manque de places en institutions spécialisées. Autrefois, dans une économie rurale dominante, les « handicapés » étaient intégrés dans les réseaux familiaux ou sociaux donnant parfois un coup de main dans les exploitations agricoles.

L'histoire de l'accueil familial des personnes âgées accompagne l'évolution de la famille, des moyens socio-économiques, de l'allongement de la durée de vie et des troubles associés au vieillissement. Il n'y a pas si longtemps, les personnes âgées qui ne pouvaient plus se débrouiller seules étaient accueillies par leurs enfants. Ce qui est devenu de plus en plus difficile par la suite. Dans les années 1970, des particuliers, des voisins, des amis ont suppléé les défaillances familiales en imaginant prendre en charge les aînés délaissés. Certains en ont fait une activité rémunératrice, non reconnue alors.

Mes propos quant aux troubles relationnels des personnes handicapées en accueil familial s'appliquent également aux personnes âgées. Dernièrement, j'étais dans un département où les familles d'accueil évoquaient les personnes âgées accueillies en termes de difficultés physiques plus ou moins grandes. Souvent, le récit de séquences relationnelles laissait apparaître bien autre chose. Par exemple une accueillante familiale relatait : « la dame que j'accueille a des problèmes pour se déplacer. Quand nous sortions en voiture, mon mari, elle et moi, elle demandait à monter devant à côté de mon mari. Cela pouvait se comprendre vu ses problèmes physiques. Très vite, on s'est aperçu que, assise à côté de mon mari, elle se comportait comme sa compagne, se rapprochant de lui... alors que j'étais derrière. On a très vite décidé que, malgré ses problèmes, elle s'installerait derrière et que je retrouverai ma place ». Question de place, n'est-ce pas ? Autour de la table et même en voiture !

VARIATIONS RÉGLEMENTAIRES

Ces différentes pages de l'histoire ont été rassemblées et canalisées par la première réglementation intervenue en 1989 concernant l'accueil par des particuliers à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées.

Rappelons qu'il s'agit d'une loi de contrôle et non d'une loi d'initiative. Elle est pensée pour l'accueil familial de personnes âgées secoué, à cette époque, par de nombreux scandales. La table familiale, pour continuer à tisser la métaphore, n'était pas toujours partagée avec les personnes âgées, entassées plus ou moins confortablement par des familles qu'on ne pouvait pas toujours qualifier de familles d'accueil.

La loi encadre ces initiatives de particuliers à partir de deux notions : l'agrément et le contrôle. Elle donne également un statut aux échanges financiers, et non pas un statut aux accueillants comme on a voulu le faire croire. Il semblait important de qualifier les échanges financiers entre accueillants et accueillis en termes de rémunération, d'indemnités et de loyer.

La loi de 1989 définit finalement un accueil familial à caractère libéral à l'initiative de particuliers agréés sans l'inscrire dans les dispositifs sociaux et médico-sociaux existants ou à créer. C'est-à-dire que les familles d'accueil, dès lors qu'elles sont agréées, sont maîtres de leur accueil et de son déroulement.

Cette loi en 1989 a été élaborée sans aucune interpellation des professionnels de l'accueil familial. Certains d'entre eux avaient été invités (j'étais de ceux-là) à une réunion de concertation le 28 avril 1989 organisée par le directeur de cabinet de Michel Gillibert, ministre d'alors. Nous avons écouté pendant trois quarts d'heure la lecture de la loi. À l'issue de sa prestation, l'orateur est parti, nous laissant à nos réflexions !

Pourquoi avais-je été invité ? J'avais écrit quelques articles mais surtout, à l'époque, je dirigeais une étude sur l'accueil familial commandée par la Direction Générale de la Santé, étude commencée en février 1989 et terminée en décembre 1989. Pourtant, sans en tenir compte et sans en attendre les résultats, et sans qu'il y ait urgence, le cabinet « invente » donc une loi.

Dans cette étude, je distinguais le « placement familial hôtelier » (les accueillis rémunèrent les accueillants) et le « placement familial hospitalier » (les accueillants sont rémunérés par une institution, un hôpital le plus souvent). On pouvait repérer également des « placements familiaux privés » (liés en fait au statut libéral des accueillants), des « placements familiaux associatifs » ou dépendant de services tels que des hôpitaux ou parfois des conseils généraux qui avaient organisé des dispositifs d'accueil familial avant 1989.

Bref, la loi de 1989 a voulu résoudre le seul problème des dérives de certains particuliers en charge de personnes âgées. Ces considérations ont été étendues aux personnes handicapées, sans tenir compte des études en cours et en oubliant tout un pan des pratiques, celui de l'accueil structuré des malades mentaux, organisé par des établissements psychiatriques.

Cet oubli nous oblige depuis à composer avec deux dispositifs distincts : l'accueil familial social et l'accueil familial thérapeutique. Deux pratiques qui ne sont pas identifiables en fonction du travail des familles d'accueil, ni en fonction des accueillis et de leurs besoins. C'est simplement le circuit de l'argent, la rémunération des accueillants qui vont permettre d'entrer dans un cadre ou dans l'autre : pour l'accueil familial social, ce sont les accueillis qui rémunèrent les familles d'accueil, alors que pour l'accueil familial thérapeutique, elles sont rémunérées par un directeur d'établissement de santé mentale, cette rémunération ne leur donnant pas forcément un statut très précis. Rappelons que l'on trouve, en accueil familial social, des handicapés mentaux qui pourraient, en d'autres circonstances ou avec une autre histoire, être en accueil familial thérapeutique ; de même que l'on trouve, en accueil familial thérapeutique, des malades mentaux qui, dans d'autres circonstances et avec une autre histoire, pourraient être en accueil familial social.

La loi de 1989 a très vite été perçue comme insuffisante, difficile à interpréter, voire à mettre en œuvre, et surtout peu valorisante pour les accueillants. Ces difficultés ont conduit la Direction Générale de l'Action Sociale à décider d'une évaluation confiée à l'IFREP en 1996. Cette évaluation a permis de proposer des pistes de travail pour faire évoluer le texte de 1989, évolution concrétisée avec l'article 51 de la loi du 17 janvier 2002.

La loi de 2002 tente de définir un métier en lui attribuant tout d'abord un nom, celui d'accueillant familial, ce qui est une nouveauté. Un métier que peuvent exercer une personne ou un couple. Dans le texte de 1989, plusieurs adultes résidant sous le même toit pouvaient demander un agrément, et les services départementaux ne savaient pas toujours quelle décision prendre dans ces situations. Déclarer en 2002 qu'un accueillant familial est une personne ou un couple résout la question : on délivre un agrément à deux personnes qui deviennent un couple accueillant familial qui ne pourra accueillir que trois personnes.

L'agrément en 2002 est valable cinq ans pour 3 accueillis (sans dérogation pour le 3ème) et renouvelable si les conditions d'accueil s'y prêtent. Sa durée et sa reconduction instaurent une certaine pérennité de l'activité (en effet, certains départements délivraient des agréments pour un an renouvelable). Il est national (il reste donc valable lorsqu'on change de département, sous réserve d'une vérification des conditions d'accueil, à savoir le logement, dans le nouveau département de résidence). Et il repose toujours sur cinq conditions que le demandeur doit réunir et qui ont un peu évolué entre 1989 et 2002. Quant au contrat d'accueil, il devient également national.

Ces directives ont pour objet d'aplanir les disparités existantes entre les départements.

La loi de 2002 a également modifié le mode de calcul des rémunérations. La rémunération du travail des accueillants (les services rendus) est calculée en SMIC et ouvre droit aux congés payés. On s'approche ainsi du monde du travail. Et on ne parle plus de loyer mais d'indemnité de mise à disposition d'une pièce. Ne plus évoquer la notion de loyer, c'est mettre de côté la question de l'hôtellerie ou de la location. On institue une indemnité de mise à disposition comme on a institué une indemnité de frais d'entretien, ce qui semble assez logique.

La loi de 2002 apporte également quelques précisions relatives à la formation initiale et continue des accueillants qui font partie des conditions de renouvellement d'agrément.

Pas plus que le texte précédent, la loi de 2002 ne clarifie les limites respectives de l'accueil familial social et de l'accueil familial thérapeutique. Les deux dispositifs continuent de cohabiter, parfois en totale méconnaissance réciproque. Cependant, ce texte offre plus concrètement la possibilité de créer un troisième dispositif désigné comme accueil familial médico-social qui pourrait être une solution pour l'accueil des handicapés mentaux. Nous avons déjà évoqué l'accueil familial médico-social dans le cadre de nos journées en 2002 et nous étions largement en avance en pensant que des décrets allaient suivre. On les attend encore !

Pour terminer, une précision quant à l'ampleur du dispositif. Dernièrement, il se disait que le nombre de familles d'accueil était en nette diminution. Nous avons fait une évaluation au 31 décembre 2002 afin de vérifier ces dires véhiculés par des associations d'accueillants peu satisfaites, à juste titre, du statut, des rémunérations et de la considération qui leur était accordée. Les réponses de 92 départements sur les 100 interrogés révèlent une augmentation du nombre des accueillants familiaux de 8 % par rapport à 1996. Ces éléments ne concernent pas l'accueil familial thérapeutique pour lequel aucun chiffre n'est disponible.

VARIATIONS PROFESSIONNELLES

À propos des variations professionnelles, je voudrais aborder trois dimensions : le travail des accueillants familiaux, leur formation et les besoins des accueillis.

Comment résumer le travail des accueillants ? Accueillir, être accueillant familial est une activité aux multiples dimensions. C'est, au moins, partager, avec des limites, tout ou partie de sa vie familiale. Et plus que la vie familiale, est concernée l'intimité familiale qui ne se partage pas avec n'importe qui. Le vécu commun dans lequel chacun est engagé fait émerger des questions de places, de rôles, de fonctions qui s'organisent dans un contexte familial dans lequel des jeux de rôles sont implicitement déterminés par le contexte du quotidien, de l'être soi, de l'être avec. Dans ce contexte, ce n'est pas, comme dans d'autres, la qualité de professionnel de l'un et la qualité d'usager de l'autre qui structurent les processus relationnels. De ce fait, entre autres, émergent pour chacun des interrogations existentielles qu'il serait utile de prendre en compte pour accompagner, aider, soigner la construction de son être à soi.

Au-delà de ces phénomènes, et en regardant une autre facette du travail des accueillants familiaux, on comprend combien c'est un travail de théorisation du monde, du sien dans lequel l'autre accueilli trouve sa place avec ses troubles et ses symptômes décodés avec son savoir-faire et son monde de pensées. Un peu comme une mère qui pense naturellement les besoins de son enfant, une famille d'accueil est dans la position de devoir penser les besoins de l'accueilli pour pouvoir y répondre et penser ses troubles pour pouvoir les supporter. Penser ou théoriser les troubles de l'autre pour pouvoir les accepter dans son quotidien et dans son intimité familiale suppose de pouvoir les penser avec d'autres, entre soi en famille, mais aussi avec d'autres professionnels qui exercent la même activité.

Ce point permet d'aborder la formation comme un lieu d'élaboration des modes de pensée et de théorisation des besoins de l'autre et des réponses à apporter dans un contexte familial. Le texte de 2002 introduit la formation initiale et continue sans les définir, en précisant quelque chose qui n'est pas anodin, à savoir que « lors du renouvellement d'agrément dans cinq ans les accueillants familiaux devront justifier d'une attestation de formation ». C'est-à-dire qu'au-delà de la vérification de la pérennité des conditions relatives à l'agrément, le renouvellement d'agrément repose aussi sur la question de la formation !

Par rapport à la formation toujours, un détail de la loi de 2002 nous avait échappé (et il a peut-être échappé à d'autres). Le texte de 1989 confiait l'organisation de la formation (sans précisions alors) au président du conseil général (dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique, au directeur d'établissement). Le texte de 2002 omet cet aspect, au point que l'on pourrait penser que les accueillants doivent suivre une formation initiale et continue à leurs frais ! On sait heureusement que cet oubli doit être réparé.

En résumé, et pour le moment, une formation initiale et continue non-définies, qui ne comportent ni thèmes ni durées et dont on ne sait pas à qui incombe le coût de son organisation.

Troisième point : de quoi les adultes orientés en accueil familial par leur parenté ou par des institutions ont-ils besoin ? On devrait pouvoir simplement dire qu'ils ont besoin d'une vie familiale autre que celle que leur propre famille veut ou peut leur apporter. Projet de vie autrement plus interpellant que celui que l'on peut trouver dans d'autres contextes.

Dans l'évaluation menée en 2002, nous avons vérifié le nombre d'accueillis en familles d'accueil par rapport à l'évaluation de 1996. J'ai rappelé que, pour 92 départements, il y avait une augmentation du nombre de familles d'accueil. Pour 87 départements (5 d'entre eux n'ont pas répondu à la question portant sur le nombre d'accueillis), on constate également une augmentation de 19 % du nombre de personnes accueillies. Il s'agit pour moitié de personnes âgées et pour moitié de personnes handicapées, ceci dans le cadre de l'accueil familial social. Étant entendu que des personnes handicapées vieillissent et deviennent des personnes âgées, on trouve en fait une plus grande proportion de personnes handicapées que de personnes âgées. Il semblerait donc l'accueil familial social soit un dispositif vers lequel on se tournerait plus en 2002 qu'en 1996. Quant aux malades mentaux et à l'accueil familial thérapeutique, je le redis, nous n'avons pas le nombre des accueillis.

Pour terminer, quelques mots afin d'insister sur l'accompagnement de l'accueil. Pour faire face aux besoins de quelqu'un qui a des difficultés relationnelles, et parfois en plus des difficultés physiques, il faudrait que les accueillants familiaux ne soient pas seuls. Ni les parents des personnes accueillies, ni leur tuteur le cas échéant ne seront des aides suffisantes pour les accueillants familiaux. Les parents ou les tuteurs ne sont pas des tiers écoutant de manière neutre ou attentive les difficultés que peuvent rencontrer au quotidien les accueillants.

Être accueillant familial supposerait ne pas travailler seul. À ce titre, les départements portent une responsabilité importante et devraient tout faire pour penser et organiser le suivi comme une forme de soutien plutôt que comme une forme de contrôle des accueillants.

Pour l'accueil familial thérapeutique, cette question du soutien des accueillants est à traiter également en se décentrant de la trop grande attention portée au patient et à ses symptômes.

En variation finale, rappelons que l'accueil familial des adultes est un monde très marginal d'une ampleur très limitée qui semble d'une grande complexité et qui n'apparaît pas en tant que tel dans le paysage social ou médical. Le sort des accueillants familiaux et l'évolution positive de la santé des accueillis n'intéressent pas grand monde. Pourtant, il y a là une ressource à développer, une alternative au « tout établissement », une alternative qui apporte aux personnes accueillies des conditions de vie autres que celles proposées par les établissements malgré leurs performances et leur pertinence.

FORMATION ET ACCUEIL FAMILIAL : PROBLÉMATIQUES ET SPÉCIFICITÉS

Serge ESCOTS

psychothérapeute, anthropologue
Toulouse

1. SE FORMER

Formation et identité

Il y a dans l'étymologie et dans de nombreux emplois du mot « former », la notion de création. Former c'est « donner forme à », créer. Il s'agit donc de faire exister par une forme. À y réfléchir, je pourrais arrêter là. Tout y est, en tout cas l'essentiel : la formation comme un moyen de faire exister quelqu'un au travers d'une forme spécifique. Se former à la plomberie deviendrait la façon d'exister sous la forme plombier : « Je suis l'plombier bier - bier - bier - bier - bier... J'ai un beau métier... ». Quant à exister, c'est être. Mais, exister, nous dit Le Robert, c'est aussi avoir, car exister c'est « avoir une réalité ». Se former à la plomberie, c'est donc pouvoir exister comme plombier, c'est-à-dire avoir une réalité en tant que plombier.

Cela n'y paraît pas, mais on a déjà fait un grand pas. On sait déjà que la formation a à voir avec l'être, et avec une façon singulière d'exister dans une réalité particulière. Se former aurait donc à voir avec l'identité en ce qu'au travers de la forme que cet acte donne à notre être, s'acquiert une unité et une communauté. Unité, cela signifie que le plombier n'est pas le gazier (sinon y a de l'eau dans le gaz). Plombier est une unité professionnelle délimitée. Dans cette perspective, se former, c'est circonscrire une place professionnelle par rapport à d'autres qui partagent le même champ.

Se former, une initiation

Le plombier a aussi le privilège d'appartenir à cette corporation à l'humeur joyeuse, si bien chantée par Pierre Perret. Se former, c'est créer de l'appartenance à une communauté professionnelle au sein de la communauté sociale élargie. Unité et communauté nous introduisent de fait à la question de la reconnaissance : être reconnu par des pairs et par ceux qui ne le sont pas. Un plombier voit de suite, au travers du coup de chalumeau, s'il a affaire à un collègue ou à un

amateur, et le client aussi « sait » à qui il a affaire lorsqu'il est confronté au délai d'attente que l'homme de l'art lui propose pour le prochain rendez-vous. Il y a des signes qui vous identifient. Se former, c'est accéder à la reconnaissance de l'Autre. Bref, se former permet d'en être et de pouvoir le dire. Et le pouvoir de dire donne la parole. Être formé permet donc d'avoir une parole. Mais pas n'importe laquelle, une parole dans un champ donné. Parce que le plombier ne peut pas parler de tout et de n'importe quoi, de plomberie bien sûr, parfois de chauffage ou de couverture... Se former, c'est se donner les moyens d'accéder à une parole autorisée.

Pour résumer, se former c'est l'acte par lequel une personne se dote d'une identité particulière par la reconnaissance des autres membres d'une communauté et accède ainsi à une parole autorisée. En termes de formation, cette définition doit pouvoir faire objectif.

Dans cette perspective, d'un point de vue anthropologique, la formation devient un dispositif social par lequel une personne accède à des pratiques sociales spécifiques et à une identité sociale reconnue par sa communauté. De ce point de vue, la formation vaut initiation.

2. LE CHAMP MÉDICO-SOCIAL ET LA QUESTION DE LA FORMATION

La relation au cœur du travail dans le champ médico-social

C'est un paramètre fondamental pour les acteurs opérationnels du champ médico-social (ceux qui œuvrent directement à la réalisation des objectifs de ce champ : médecins, travailleurs sociaux, psychologues, accueillants familiaux...). Qu'ils le veuillent ou non, ils œuvrent dans et à partir de la relation : dans le champ médico-social, l'intersubjectivité constitue la texture du travail des acteurs opérationnels. De ce fait, leur être en relation est leur premier et peut-être finalement le principal outil disponible.

Le deuxième outil essentiel, pas toujours disponible, réside dans ce que l'autre, auprès de qui ils agissent (y compris lorsqu'ils ne font rien), leur attribue en fonction de ce qu'il est.

Le champ médico-social est un champ où les principaux outils disponibles sont d'une part ce que l'on est et que l'on peut engager dans la relation, et d'autre part ce que l'autre veut bien investir avec nous à partir de ce qu'il est. Sur le premier plan, certes on ne maîtrise pas tout, loin de là, mais on peut avoir une action directe. Il est toujours possible d'étendre sa capacité à entrer et à se maintenir en relation bienveillante et non complaisante avec les autres auprès desquels on intervient. Sur le second plan, on a peu de marges de manœuvre : aucune sur ce qu'est l'autre, et pas grand-chose sur ce qu'il investit avec nous. Toutefois, il est toujours possible de réfléchir et d'agir sur ce qui fait obstacle à l'investissement de l'autre avec nous. Le repérage de ce qui est en jeu dans la relation peut s'avérer utile et parfois déterminant pour la réalisation de notre mission quelle qu'elle soit (soin, éducation, aide sociale, accueil...).

Résumons-nous. Les deux principaux outils de l'agent opérationnel du champ médico-social sont d'une part son être professionnel, et d'autre part le repérage de la relation que son être professionnel engage et qui est engagée avec ceux auprès desquels il est missionné.

Registres de formation pour les professionnels du champ médico-social

Trois registres apparaissent pour approfondir la question de la formation : le champ médico-social, l'être professionnel, la relation. En termes de formation, ces trois registres doivent pouvoir constituer des objets de formation. En pédagogie, on dirait qu'ils doivent se décliner en

objectifs opérationnels. Ce sont les moyens par lesquels un formateur aiderait un stagiaire du champ médico-social à se doter d'une identité particulière par la reconnaissance des autres dans une communauté et à accéder ainsi à une parole autorisée, selon le premier objectif proposé plus haut.

Premier registre : les savoirs du champ. Il existe dans un champ donné un ensemble de lois, codes, normes, règles, connaissances spécifiques qui structurent les relations et repèrent les personnes qui y interagissent. Comment travailler de façon professionnelle en accueil familial des enfants sans être en capacité de se repérer sur les cadres juridiques de la protection de l'enfance ou sur les discours qui organisent les savoirs consensuels en matière d'enfance, d'adolescence et de parentalité, sans identifier les acteurs de ce champ et les règles qui structurent leurs principales interactions, sans connaître les protocoles, procédures, références professionnelles liés aux services, institutions ou filières intervenant dans le champ de l'enfance ? On classera ces connaissances dans le registre des savoirs en tant qu'ils sont fondés sur des méthodologies validées par des communautés scientifiques ou institutionnelles (l'histoire, le droit, la psychologie, l'anthropologie... et les chartes, règlements, codes de procédures, guides de bonnes pratiques...).

Deuxième registre : l'être professionnel. Il s'agit d'un soi retransmis dans un contexte particulier (l'univers professionnel) qui possède ses façons de dire, de faire, d'être ; un champ avec ses « habitus », pour paraphraser Bourdieu et ses disciples. En effet, il faut penser l'être professionnel du champ médico-social comme doublement déterminé : d'une part par ce qu'il est comme produit de l'ensemble de ses expériences émotionnelles et cognitives, et d'autre part par l'habitus du champ qu'il intègre. Car si « ce que l'on est » comme substrat de l'être professionnel est incontournable, tout ne dépend pas de lui. La métaphore de la sculpture peut nous aider à comprendre. Dans cette forme de création, la nature de la matière première (glaise, plâtre, bois, fer...), par les contraintes qu'elle impose à l'artiste, est déterminante pour l'expression de l'œuvre. Mais elle ne donne pas pour autant la forme de l'objet. La forme est extérieure à la matière travaillée, c'est une idée plus ou moins élaborée, un désir de transformation. Même si matière et désir de transformation de la matière sont en étroite interaction. Dans le cas du processus de création et de développement de l'être professionnel, la forme aussi est extérieure à la personnalité du professionnel. C'est la question du modèle et de la dialectique entre « des canons professionnels » et l'idéal de celui qui embrasse une profession. La forme qui façonnera l'être dans un processus de professionnalisation appartient pour partie à l'ensemble des normes idéalisées de la profession (les référentiels métiers), et pour partie à l'idéal de l'apprenti, sans oublier, les représentations des formateurs, le groupe d'apprenants et ses propres normes... La personnalité de l'apprenant va rencontrer l'habitus professionnel dans une recombinaison croisée d'idéaux. On peut se demander s'il n'y a pas, dans le désir de se former, un désir de transformation de soi par la forme singulière qu'un métier propose...

Troisième registre : la relation à l'autre. Le travail relationnel introduit à la dimension de l'éthique comprise ici comme la recherche de la juste façon de se conduire dans une situation donnée car un travail qui met l'autre en jeu implique cette recherche. Pour réaliser cela, les savoirs disponibles en rapport avec la pratique professionnelle, et l'expérience acquise sont deux points d'appui mais ils ne peuvent suffire. Chaque cas, bien que rattachable à des catégories du savoir, échappe toujours par sa singularité. Chaque nouvelle rencontre vient bouleverser notre expérience par la radicalité de l'inconnu qu'elle représente.

Lorsque ce qu'il faut faire en situation professionnelle n'est pas indiqué par le cas général, c'est-à-dire, lorsque la norme, les règles, les savoirs disponibles ne suffisent pas à nous guider de façon claire et solide ; lorsque ce que l'on est, ce que l'on perçoit, ressent, pense ou croit ne nous permet pas non plus de fonder notre conduite ; lorsque ni la communauté et son corpus de savoirs, ni soi et son expérience émotionnelle et cognitive ne permettent de trouver le « quoi faire », le « comment se comporter », le « quelle conduite tenir », il reste la démarche éthique qui, par des méthodes d'analyse de la situation et de confrontation à soi, à l'autre et aux savoirs, permet de dégager une voie sur laquelle, tout en cheminant, se construira une réponse.

Axes pour la formation dans le champ médico-social

De ces points découlent trois axes pour la formation dans le champ médico-social : l'acquisition de connaissances qui font communauté, le développement de l'être professionnel, et l'apprentissage de méthodes pour une pratique éthique. Il s'agira donc de :

- définir et transmettre de façon adaptée les connaissances validées par les communautés scientifiques ou institutionnelles, utiles à la pratique des professionnels et renforçant leur identité ;
- permettre le développement de l'être professionnel par une compréhension de soi au travail et un repérage de sa place et de ses limites dans l'exercice de ses fonctions professionnelles ;
- favoriser l'acquisition de méthodes d'analyse des situations professionnelles qui permettent de s'approprier une démarche éthique dans sa pratique.

3. LES ENJEUX DE L'ACCUEIL FAMILIAL

Qu'est-ce que l'accueil familial ?

L'accueil familial est un dispositif poursuivant des fins sociales ou thérapeutiques qui permet de prendre en charge, dans une famille étrangère, des populations ne pouvant pour différents motifs se maintenir et poursuivre leur développement dans le milieu où ils vivent. Ceci est valable pour des enfants ne pouvant grandir avec leurs parents qui présentent une souffrance psychique plus ou moins sévère, ou pour des adultes dont l'état de dépendance, la perte d'autonomie, des troubles altèrent leur être.

Au niveau structurel, trois conditions sont nécessaires pour parler d'accueil familial : une famille qui accueille au titre de famille ; l'amour envisagé comme une disposition émotionnelle positive dans la rencontre famille-accueilli ; un tiers extérieur garant du cadre.

Organisateurs symboliques de l'accueil familial

Dès lors que ces conditions sont remplies, un certain nombre de processus liés à l'agencement anthropologique des systèmes sociaux sont prévisibles. Les systèmes sociaux sont déterminés par des éléments symboliques. Certains d'entre eux, par la force de la signification qu'ils ont dans le système, en deviennent des organisateurs. En accueil familial, quatre éléments symboliques me semblent organiser la structure.

Le premier est le manque. Au départ de chaque accueil familial, il y a un manque : défaillance, déficit de compétence, impossibilité d'un parent (ascendant, descendant) ou d'une institution à proposer un environnement adapté à une personne.

Le deuxième est la dérobadie, car ce manque est toujours articulé à un autre. C'est le parent défaillant dans l'enfance, la famille qui ne peut s'occuper d'un adulte dépendant, l'établisse-

ment non adapté... Bref, on se retrouve toujours en famille d'accueil parce qu'un ou plusieurs autres se sont, bon gré mal gré, dérobés. La dérobade d'un autre qui aurait dû culturellement ou socialement être là est une cause symbolique qui met en circulation des sentiments de culpabilité et de reproche, et alimente des interactions faites de rivalité et de disqualification.

Troisième élément : la complémentarité et la symétrie paradoxale de la place des familles d'accueil. Les accueillants sont ceux qui ne se dérobent pas dans cette affaire. En effet, ils ne sont pas convoqués à n'importe quelle place, mais à celle de ceux qui se sont dérobés. Souffrance, folie, handicap, ils répondent présents, avec pour seule puissance leur double innocence : ils n'ont rien à voir dans ce qui arrive à l'accueilli et ne disposent pas d'un savoir spécialisé utile à la situation. La place qu'ils prennent est à la fois complémentaire et symétrique à l'égard des deux autres sous-systèmes d'acteurs que sont les parents et les professionnels. Le système a besoin de leur place complémentaire pour répondre aux besoins de l'accueilli, mais au niveau symbolique, cette place affecte celle des parents et des professionnels qui sont implicitement remis en cause par l'accueil familial.

Complémentarité et symétrie paradoxales de la place des familles d'accueil qui sous-tendent des mécanismes de rivalités et de disqualifications croisées, fondés sur la culpabilité de la dérobade et l'usurpation de la place, qui condamnent les accueillants à réussir (sauf à prendre en compte ces éléments et à y apporter des réponses).

Le quatrième élément est l'opposition étranger-familier. Dans ce contexte de manque est convoquée à répondre une autre famille, à la fois étrangère parce que ne partageant pas de parenté avec l'accueilli, et « familière » par la nature même de son offre en opposition à celle des institutions : en famille d'accueil, le registre familial n'est pas une métaphore, il est réel. Cette tension entre l'étranger et le familier va générer une série de mouvements d'appartenance et d'appropriation, essentiels dans le fonctionnement de l'accueil familial, qui ont une incidence jusqu'au plus intime des personnes.

La combinaison de ces quatre éléments va générer un ensemble de processus observables dans tout accueil familial. Processus faits d'alternance auto-organisée de phases de fusion et de rejet entre l'accueilli et la famille d'accueil, de reconnaissance et de disqualification entre équipe et famille d'accueil et, selon les cas, de présence plus ou moins prégnante du système parental de l'accueilli. Des mécanismes similaires peuvent intervenir entre l'accueilli et sa famille, et entre les accueillants et les parents.

Processus de transformation dans les systèmes sociaux

D'un point de vue anthropologique, il est possible de penser l'accueil familial comme un processus d'interactions entre des systèmes sociaux autonomes. Un système social autonome est modélisable en distinguant deux niveaux dans son architecture : l'organisation et la structure. L'identité d'un système autonome se définit par son organisation. La conservation de son organisation est la condition sine qua non de son existence¹. La transformation de l'organisation, c'est la fin du système. Si celui-ci était un système vivant, il meurt. Si c'est un couple, il divorce. Et si c'est un match de football, les joueurs rentrent définitivement aux vestiaires.

La structure est un second niveau du système qui s'articule au niveau de l'organisation. La structure se transforme en permanence pour maintenir l'organisation, c'est sa fonction. Les possibilités de transformations ne sont pas infinies mais dépendent des limites que lui fixe son organisation.

On peut illustrer ces rapports entre organisation et structure par le fonctionnement d'une démocratie parlementaire dans un régime présidentiel. Ce système politique se distingue des fonctionnements totalitaires par l'élection par le peuple de représentants et du président de la République pour assurer le gouvernement : c'est son identité de système politique. Les changements de majorité à la chambre des députés et de gouvernement, les transformations législatives continues ou la cohabitation, sont des transformations entre le peuple et ses dirigeants qui ne remettent pas en cause l'organisation politique. Ce sont des changements structurels. Si un coup d'état annule la constitution de 1958 et instaure une dictature, c'est l'organisation du système politique qui disparaît.

Nature des changements en accueil familial

Tout système social est en interaction avec d'autres pour assurer sa continuité. Mais, paradoxalement, l'interaction récurrente avec les autres est source de perturbations pour le système. Ainsi, une famille d'accueil est en interaction récurrente avec un service ou une équipe d'accueil familial. C'est indispensable à la continuité de son activité en tant que système social qui accueille, mais les perturbations qui en découlent l'obligent à de perpétuels ajustements. De manière plus profonde, de par la nature des interactions émotionnelles et symboliques qui se vivent dans l'accueil familial, famille d'accueil et accueilli fonctionnent comme des agents perturbateurs réciproques qui s'imposent des transformations respectives pour maintenir l'accueil familial et l'identité de chacun. Parfois, ces transformations sont positives pour l'accueilli, et pour la famille d'accueil. D'autres fois, elles sont négatives pour les uns ou les autres et l'accueil doit s'interrompre, bien que parfois, il continue et devienne maltraitant. Ces transformations sont imprévisibles et dépassent l'expérience ou les compétences des accueillants. Car les éléments qui vont se coupler dans l'accueil familial appartiennent à l'histoire de chacun. Une famille d'accueil et un accueilli, c'est donc la rencontre de plusieurs histoires.

Une famille d'accueil ne le devient réellement que lorsqu'un accueilli singulier est là avec ce qu'il est en tant que résultat de son histoire. C'est trivial de le dire, mais tire-t-on tous les enseignements de cette formule ? Cela signifie que les compétences ou les limites de la famille d'accueil sont autant liées à ce qu'elle est, du fait de sa dynamique familiale et de l'histoire de chacun de ses membres, qu'à ce qu'est l'accueilli avec sa propre histoire.

L'accompagnement de l'accueil familial, un impératif

C'est de cela dont il s'agit lorsque l'on parle des risques du métier. La conséquence est que la seule garantie en accueil familial consiste en un réel accompagnement. C'est une responsabilité impérative à laquelle tous nos efforts politiques, juridiques, économiques et techniques devraient tendre. Encore faut-il en être convaincu, et pas seulement l'équipe d'accueil familial. L'accompagnement ne peut être effectif sans l'adhésion des accueillants. C'est un enjeu majeur de la formation en accueil familial : construire les possibilités d'un réel accompagnement des accueillants. Et sa mise en place devrait viser à résoudre les questions de savoir comment :

- créer avec les accueillants un espace de parole authentique sur les difficultés et les problèmes qui se posent dans l'accueil familial ?
- favoriser une coopération fondée sur un engagement et une responsabilité mutuels ?
- clarifier la place des intervenants pour aider les accueillants à définir la leur ?
- mettre au travail les limites respectives équipe/accueillants, pour inventer ensemble un dispositif d'accueil familial qui laisse une place à l'accueilli ?

Le mythe de la compétence comme obstacle à l'accompagnement

Une limite radicale en accueil familial, et qui découle des quatre organisateurs symboliques que nous avons vus précédemment, tient au mythe de la compétence. En effet, pour répondre là où les autres se sont dérobés, il faut bien se supposer quelques compétences. Pour autant, l'analyse des transformations dans les systèmes sociaux nous le montre, au-delà des savoir-faire indéniables des familles, c'est la rencontre avec un accueilli singulier qui fonde les changements. Nous le savons bien, nos compétences et nos vulnérabilités s'actualisent dans des contextes relationnels. Finalement, c'est l'accueilli qui rend la famille compétente.

Le problème, c'est qu'une famille déterminée par le mythe de la compétence taira plus volontiers ses difficultés à l'équipe pour ne pas remettre en cause l'image compétente qui assure son identité auprès du service. Elle les minimisera, parfois n'en sera pas consciente, ou si les problèmes sont trop flagrants, elle les imputera à « l'indécrotabilité » de l'accueilli, à la malveillance de ses parents ou à l'incompétence des professionnels. « R.A.S. tout va bien » ou « le problème, c'est les autres », nous connaissons tous cela par cœur. D'autant que certaines institutions, par méconnaissance des enjeux de l'accueil familial, poussent dans ce sens, imaginant peut-être faire quelques économies en faisant croire aux accueillants, dans un jeu de dupes, que le renforcement de leurs compétences pourrait réduire l'accompagnement.

Le risque absolu de la formation des accueillants serait de les former à une sous-qualification d'infirmiers, soignants, éducateurs... à domicile, au final exploités et surtout abandonnés à leurs difficultés.

Repères pour la formation des accueillants

Quels repères pour penser la formation des accueillants ? Si l'on reprend l'objectif posé en introduction, la formation est une initiation qui vise à doter celui qui la fait d'une identité et d'une parole. Les accueillants n'y échappent pas, être une famille ne suffit pas à être une famille d'accueil. Encore faut-il se confronter à des savoirs, à des pairs, et à d'autres professionnels pour obtenir une reconnaissance et se construire un être professionnel. Car l'être familial, s'il constitue la matière première, doit se transformer par un processus de professionnalisation.

Mais de quelle profession s'agit-il ? Je viens d'en parler, le risque est la duperie de se transformer en autre chose que famille d'accueil. En ce sens, la formation doit se penser comme un dispositif devant permettre aux accueillants de construire leur identité professionnelle.

Nous avons dégagé trois axes pour les formations du champ médico-social. La formation des accueillants familiaux s'inscrit pleinement autour de ces axes :

Le premier serait l'acquisition de connaissances qui font communauté dans le domaine où ils vont exercer, transmises dans le but de participer à la construction de leur identité professionnelle. Il s'agit de re-contextualiser les savoirs dans le cadre de l'accueil familial, en s'interrogeant sur leurs finalités pratiques. Dans cette perspective, les connaissances sur l'accueil familial et les processus qui y sont à l'œuvre devraient être au cœur des savoirs à transmettre, ce qui participerait à favoriser les demandes d'accompagnement des accueillants.

Le développement de l'être professionnel constituait le deuxième axe. Nous avons vu précédemment que ce développement passe par une compréhension du fonctionnement de soi au travail, et en ce sens, l'appropriation d'outils susceptibles d'aider les accueillants à identifier leurs ressources et leurs vulnérabilités en situation professionnelle serait une bonne indication.

Le troisième axe se situe autour de l'acquisition d'une démarche éthique dans la relation aux accueillis et à leurs familles. Il y a là un défi pour les formateurs d'accueillants familiaux. En effet, cette démarche méthodologique n'est pas assurée pour tous les autres professionnels du champ médico-social. De quoi s'agit-il ? Simplement de donner aux accueillants familiaux le goût d'une pratique réflexive, de montrer l'intérêt de s'interroger sur le sens de ce que l'on met en œuvre dans la relation. La méthode est celle de l'analyse de la pratique professionnelle, par l'expérience de son élaboration orale (groupe) et/ou écrite (journal de bord), la confrontation de sa pratique à celle de ses pairs ou à celle d'autres professionnels. Il s'agit de professionnaliser la pratique d'accueil par sa mise en forme, sa mise en parole, de théoriser sa pratique.

Dans un idéal, peut-être pas si lointain, on pourrait espérer que familles d'accueil et professionnels de l'accompagnement de l'accueil familial prennent le risque de l'analyse conjointe de leurs pratiques dans des dispositifs de co-formation que j'appelais déjà de mes vœux il y aura bientôt dix ans.

La clarification des places et la définition des fonctions de chacun par rapport à l'accueilli et au projet d'accueil s'en trouveraient grandement facilitées, et une meilleure reconnaissance mutuelle limiterait les suspicions, les doutes et les disqualifications qui existent parfois en accueil familial, ouvrant la porte à un réel accompagnement sans lequel, il n'est pas vraiment raisonnable de parler d'accueil familial.

1 - F. Varela, « Autonomie et connaissance », Seuil, 1989

OBSERVATIONS DU CEFRAS SUR LES ACTIONS DE FORMATION CONDUITES AUPRÈS DES ACCUEILLANTS FAMILIAUX

Michel BINEAU

responsable pédagogique de la filière accueil familial
C.E.F.R.A.S. - Chemillé (49)

Le Centre de Formation et de Recherche à la relation d'Aide et de Soins intervient sur les départements de la région Pays-de-Loire pour former des travailleurs sociaux de niveau IV et V, des aides médico-psychologiques, des techniciens de l'intervention sociale et familiale, des auxiliaires de vie sociale, des assistants maternels à titre permanent (dorénavant dénommés assistants familiaux) et des accueillants familiaux d'adultes, autant de professionnels qui ont en commun d'intervenir durablement et quotidiennement dans une relation de grande proximité auprès de personnes fragilisées ou dépendantes.

En tant que responsable pédagogique de la filière accueil familial, je suis amené à coordonner les dispositifs de formation initiale et continue des assistants familiaux de l'aide sociale à l'enfance et des accueillants familiaux pour adultes. Concernant ces derniers, mon propos ici est de communiquer nos observations sur les commandes passées par les conseils généraux de notre région, nos objectifs de formation et notre démarche pédagogique, la façon dont les accueillants familiaux d'adultes s'impliquent dans les formations, et enfin ce qui nous paraît souhaitable à l'avenir, en terme de formation, pour ce public.

1. LES COMMANDES DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES DE LA RÉGION

Les demandes de formation émanant des conseils généraux sont très irrégulières. Par exemple, un département de la région nous a demandé en 2001 de dispenser une formation initiale à quatre groupes d'accueillants. Et plus rien depuis ! Cela montre la difficulté des départements à installer durablement une politique de formation en direction de ce public.

Sur le plan de la durée et du rythme de la formation initiale, la diversité prime : un département prévoit 18 heures (6 demi-journées) étalées sur 6 mois ; un autre envisage 72 heures (12 jours) sur 12 semaines consécutives ; et un troisième demande 30 heures à raison d'une journée par

quinzaine. Des montages très différents qui illustrent bien la forte disparité qui existe entre les départements dans la mise en œuvre de la formation.

2. LE DISPOSITIF DE FORMATION

2.1. Les objectifs

Il s'agit d'aider les accueillants familiaux à renforcer leurs connaissances sur les problématiques des différentes populations accueillies, à acquérir des techniques particulières pour répondre aux besoins de ces personnes, à mieux cerner et comprendre le cadre institutionnel dans lequel s'exerce leur fonction, à développer des capacités dans les domaines de la relation d'aide et de la liaison avec les autres professionnels, et surtout de les aider à élaborer leurs propres repères, à construire individuellement et collectivement leur propre conception, leur propre définition de cette activité si singulière. En fait, construire leur conception de la fonction d'accueillant familial : ce qui la caractérise, ce qui la distingue d'autres métiers ou d'autres fonctions proches, ce qui l'anime, ce qui lui donne du sens, ce qui la délimite, les intérêts mais aussi les risques qu'elle suscite, les compétences qu'elle nécessite.

2.2. La démarche pédagogique du CEFRAS

Elle repose sur trois principes majeurs. Le premier est une démarche participative, c'est-à-dire que la formation prend appui sur l'expression directe et personnelle des accueillants, sur leur vécu professionnel, sur leurs difficultés dans l'exercice de leur fonction.

Le deuxième est une démarche collective : l'échange, la confrontation des points de vue et des expériences entre les membres du groupe constituent une source d'enseignement au même titre que les apports des intervenants. Il s'agit d'un travail de groupe, pas simplement sur des contenus, dans lequel l'implication de chacun profite à tous et réciproquement. Pour ces professionnels travaillant seuls, il est important de prendre goût au travail collectif et de voir que le groupe peut être une ressource dont il ne faut pas avoir peur.

Le troisième principe est une démarche de questionnement. La formation ne sert pas seulement à accumuler des savoirs. Un de ses aspects fondamentaux est de prendre le temps de se regarder « pédaler », de réfléchir à ses façons de faire et d'être dans l'exercice de la fonction. C'est un travail toujours passionnant mais rude. Le questionnement oblige à un double mouvement paradoxal : il réclame à la fois l'implication de la personne qui témoigne en groupe de son expérience vécue avec la personne accueillie et une décentration par rapport à cette implication. Comment m'y suis-je pris, qu'ai-je fait ou pas fait, qu'ai-je dit ou pas dit, et comment pourrais-je penser les choses autrement ?

Pour la mise en œuvre de cette démarche pédagogique, le début de la formation constitue une étape importante, un moment décisif qui conditionne la suite. Un temps de mise en confiance est nécessaire, notamment parce que les participants font souvent une confusion entre la formation et l'école ; or, certains d'entre eux ne gardent pas un bon souvenir de l'école et viennent avec des craintes au sujet desquelles il faut les rassurer. En début de formation, on voit aussi apparaître des inquiétudes liées à l'exercice « solitaire » de la fonction et à la peur du regard des autres, à la crainte d'être jugé par le groupe et par le formateur. Par rapport à ces représentations initiales, tout un travail de mise en confiance doit être réalisé. Si celle-ci peut s'instaurer, il sera possible d'entrer dans une phase de travail dynamique. Dans le cas contraire, le travail sera plus difficile pour chacun des protagonistes.

3. L'IMPLICATION DES ACCUEILLANTS DANS LA FORMATION

Les accueillants familiaux n'abordent pas la formation comme le font, par exemple, les auxiliaires de vie sociale ou les aides médico-psychologiques. L'auxiliaire de vie sociale, même s'il a une pratique solitaire, exerce sa fonction dans le cadre d'une institution dans laquelle il a des contacts avec des personnes qui font le même travail que lui. Il y donc un début de sentiment d'appartenance à un corps professionnel et quand ils suivent une formation diplômante, ils sont volontaires et viennent pour décrocher le diplôme. Les accueillants familiaux exercent à leur domicile, dans une relation duelle avec la personne accueillie, dont les tiers sont souvent absents. Il n'y a pas ou peu de liens avec les autres familles d'accueil. Certains viennent en formation contraints et forcés en ne sachant pas trop pourquoi il faut se former.

Du coup, on assiste au démarrage de la formation à un « curieux » rassemblement, à une juxtaposition d'« électrons libres » exerçant la même fonction sans forcément le savoir et « débarquant » en formation souvent sous la contrainte. C'est dans ce contexte qu'on va essayer de constituer un groupe de travail explorant collectivement, à partir de situations diverses et variées, la place et le rôle de l'accueillant familial. Pour avancer, il y a du chemin à faire et de l'énergie à dépenser.

Quoi qu'il en soit, lorsque les accueillants se rendent compte que le dispositif de formation est à la fois sécurisant et stimulant, ils manifestent beaucoup d'intérêt par rapport au travail proposé et un investissement fort et actif. Sur le plan de la démarche participative par exemple, c'est un public avec lequel il est très agréable de travailler, parce qu'une fois les gens en confiance, ils s'expriment directement et spontanément sur ce qu'ils vivent et éprouvent dans l'exercice quotidien de leur fonction. Parfois, dans le cadre de formations diplômantes plus élevées, il est beaucoup plus difficile d'avoir accès à une telle qualité de représentations et d'échanges sur le travail réalisé et la fonction occupée.

L'investissement se révèle très fort et un sentiment de valorisation voit rapidement le jour, suivi d'une autre manière d'appréhender le métier, mais lui succède aussi un grand sentiment de frustration quand, après la formation, il n'est plus rien proposé des années durant. Ceci d'autant que les accueillants ont en commun la nécessité d'évacuer le « trop-plein » d'émotions et de sentiments éprouvés dans la relation quotidienne avec l'accueilli, le besoin d'être écouté attentivement, une grande curiosité sur les problématiques des personnes accueillies pour comprendre ce qui peut susciter certains comportements et attitudes déroutants. Il y a aussi besoin de retours, de conseils, de l'éclairage des autres et de leur aide pour se sortir de situations pour lesquelles on est dans l'impasse. Et enfin un besoin de contact avec des pairs, de sortir de l'isolement. De là, le groupe est vécu comme un lieu-ressource par rapport à des situations difficiles, comme un lieu de défense des intérêts du corps professionnel, et progressivement comme un espace nécessaire pour avancer sur la question de l'identité professionnelle.

4. POUR L'AVENIR

Des constats dressés plus haut découlent trois préconisations pour la formation future des accueillants familiaux :

- la mise en place d'une formation initiale obligatoire d'une durée décente pour permettre aux accueillants familiaux de réellement cheminer sur les questions complexes que pose leur pratique d'accueil,

- la construction d'un réel parcours de formation constant et régulier (et non plus d'actions au coup par coup, d'actions morcelées, discontinues qui donnent l'impression aux participants de repartir à zéro à chaque fois !),
- une approche globale de l'accueil familial et de la formation, en pensant aussi la formation des travailleurs sociaux et pas uniquement celle des accueillants familiaux.

Sur ce dernier point, l'exemple du travail mené depuis des années avec les assistantes maternelles d'un département est éclairant. Le conseil général de ce département a fait un gros effort en direction des familles d'accueil de l'aide sociale à l'enfance : mise en place de la formation initiale, de sessions de formations continues thématiques très régulières, d'une journée d'étude départementale annuelle... Ces efforts ont induit des changements notables dans les pratiques et les positionnements professionnels. Mais il n'y a pas eu de travail en parallèle avec les assistants sociaux et les éducateurs qui exercent la fonction de référent. Du coup, on observe un important décalage entre les familles d'accueil et les référents de l'aide sociale à l'enfance du fait de l'absence de culture commune autour des questions qui traversent la problématique de l'accueil familial.

Mieux formées, les assistantes maternelles sont plus lucides sur leur place, leur rôle et leurs limites, et donc sur la place, le rôle et les limites des autres. Plus au clair quant aux exigences qu'on peut formuler à leur égard, elles le sont aussi sur celles qu'on peut formuler à l'égard des travailleurs sociaux, évolution qui se traduit parfois par une remise en question de la pratique de certains référents de l'aide sociale à l'enfance.

En constatant ces décalages, je crois qu'il y aurait nécessité, en amont, de penser la formation des différents acteurs de l'accueil familial à l'aide sociale à l'enfance de manière articulée et non pas cloisonnée. Nécessité qui s'applique tout autant aux personnels qui ont en charge l'accueil familial des adultes.

LA FORMATION AU SERVICE D'UN ACCUEIL FAMILIAL DE QUALITÉ

Johan PRIOU

conseiller technique

U.N.I.O.P.S.S. - Pôle Santé-Handicap

Le code de l'action sociale et des familles, dans son article L441-1, prévoit que « L'agrément ne peut être accordé que (...) si les accueillants se sont engagés à suivre une formation initiale et continue ». Cette formation, bien que la loi ne le stipule pas, devrait être placée sous la responsabilité des conseils généraux seuls compétents dans ce domaine. Ils pourront organiser directement ces formations ou faire appel à des organismes extérieurs.

Chacun s'accorde pour reconnaître le bien-fondé de l'exigence d'une formation perçue comme une des garanties de la qualité de l'accueil. La question concerne davantage les conditions d'organisation de cette formation qui doivent tenir compte de la spécificité de l'accueil familial. Alors, abordons d'abord les questions d'intendance, à savoir le coût et la prise en charge financière de ces formations. Si l'objectif est de permettre aux accueillants familiaux de personnes âgées et handicapées d'accéder à des formations, cela suppose que les conseils généraux prennent en charge leurs frais de formation mais aussi de déplacement et de remplacement, puisqu'en toute hypothèse les personnes accueillies resteront à domicile pendant les sessions.

Si ces conditions sont réunies et qu'elles permettent effectivement aux accueillants familiaux d'accéder à la formation, la question est alors celle de la définition de formations de qualité. Si l'objectif n'est pas simplement de se conformer à l'obligation légale, cela suppose que ces formations tiennent compte de la spécificité de l'exercice de ce type d'activité et qu'elles répondent réellement aux besoins et aux attentes des accueillants familiaux.

En terme de contenu, si l'expérience acquise doit permettre aujourd'hui de valoriser ce qu'il est souhaitable de faire, il est nécessaire d'insister sur les dimensions relatives au travail à domicile, au respect de l'intimité des personnes, à l'établissement de relations interpersonnelles continues ainsi qu'au caractère multidimensionnel des compétences requises, plus encore peut-être que pour les autres professionnels intervenant à domicile ou en institution.

Parmi les thèmes qui apparaissent incontournables, on retrouve généralement :

- le contenu et les limites de la fonction d'accueillant familial, en terme de responsabilités, d'obligations, de missions mais aussi d'éthique ;
- l'accueil au quotidien qui aborde des notions de base sur les difficultés des personnes accueillies, et sur les conditions pour réaliser un accueil de qualité, en rappelant les éléments relatifs à l'hygiène, l'alimentation, la sécurité, les soins, la vie sociale et culturelle...
- les besoins relationnels des personnes accueillies, en tenant compte de leurs particularités, de leur histoire et de leur projet de vie, en lien avec la famille, pour établir le mode de relation et de communication adapté et gérer les situations de crise ;
- l'accompagnement des personnes accueillies, en partant de l'analyse des besoins de la personne, de ses habitudes et de son projet de vie, afin de permettre d'élaborer un projet d'accompagnement et d'évaluer la satisfaction de la personne accueillie ;
- les partenaires extérieurs afin d'informer sur les autres ressources institutionnelles et sociales utiles à la fois pour la personne accueillie, mais aussi pour les accueillants familiaux afin d'établir des relations partenariales privilégiées, obtenir des informations et de l'aide auprès d'autres acteurs (je pense en particulier aux acteurs associatifs qui peuvent avoir développé une compétence quant à un type de handicap particulier).

En terme de méthode, il s'agit là encore de tenir compte de la spécificité des accueillants familiaux, dont la carrière et l'histoire personnelle induiront des besoins très différenciés. Si la formation initiale et continue est une obligation légale, elle ne doit pas se traduire par des formations imposées sans rapport avec les enjeux de la fonction et les besoins de l'accueillant.

La formation initiale doit tenir compte de l'expérience et des acquis de l'accueillant, et son contenu pourrait utilement être déterminé sur la base d'une évaluation individuelle des besoins de formation.

En matière de formation continue, des expériences qui ont reçu l'assentiment des accueillants familiaux ont souligné l'intérêt de la mise en place de sessions favorisant l'échange entre les accueillants mais qui peuvent également réunir utilement d'autres professionnels (des soignants, des psychologues ou des travailleurs sociaux) afin d'assurer l'échange de bonnes pratiques et approfondir certains thèmes relatifs aux publics accueillis, aux modes d'accueil, aux pathologies, à la dépendance, à la vie sexuelle et affective, aux conduites addictives...

Pour conclure, deux propositions :

1. Ces formations pourraient intégrer les questions relatives au travail en partenariat dans le cadre du suivi et de l'encadrement par des associations, ou encore celles soulevées par le salariat des accueillants familiaux par des institutions sociales et médico-sociales, possibilité que la loi vient d'ouvrir. L'Uniopss est très intéressée par cette possibilité qui ouvre des perspectives fort intéressantes de structuration de réseaux d'accueil familial autour d'institutions sociales et médico-sociales qui permettrait de diversifier les modes d'accueil. Il ne s'agirait pas d'aligner les formations des accueillants familiaux sur celles des travailleurs sociaux intervenant dans ces institutions, mais plutôt d'approfondir les complémentarités.

2. La formation pourrait faire l'objet d'une validation des acquis d'expérience dans le cadre de formations diplômantes (par exemple, le diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale) lorsque les accueillants familiaux expriment le souhait lors de l'évaluation individuelle de leurs besoins de formation.

FORMATION DES ACCUEILLANTS FAMILIAUX : LE CŒUR D'UN MÉTIER

Jean-Claude CÉBULA
psychologue clinicien
Directeur de l'IFREP

Les anciens débats n'ont plus lieu d'être. La formation des accueillants familiaux est entrée dans les faits. Finies les discussions et les craintes quant à sa pertinence ou aux risques qu'elle ferait courir à l'essence profonde d'on ne sait quel naturel accueillant ou familial.

La formation obligatoire¹ des accueillants familiaux, déclarée comme initiale et continue, est une des conditions du renouvellement de l'agrément. Cette obligation sans précisions² de thèmes, de durée ou de délai, ne permet pas de concevoir et d'unifier les pratiques d'un métier nouveau³ issu de coutumes anciennes, contrairement aux orientations prises pour la formation des assistants maternels dès 1992. Ces imprécisions ou frilosités réglementaires risquent d'entraîner l'organisation de formations peu adaptées et proposées par des organismes ou des formateurs peu informés des particularités des actes professionnels des accueillants familiaux.

Former les accueillants familiaux oblige à positionner ce métier parmi d'autres et interpelle les compétences et les fonctions de tous les intervenants. La formation en accueil familial ne peut donc se réduire à la formation des accueillants familiaux. Ce mode de prise en charge spécifique suppose une formation de tous les acteurs, intervenants et accueillants, du fait notamment des modes de travail de professionnels agissant dans des espaces si différents, institutionnels pour les uns, intimes pour les autres.

RAPPELS

La réglementation du champ de l'accueil familial, c'est-à-dire du statut des accueillants a toujours été accompagnée par le législateur d'une référence à la formation. Pour les accueillants d'enfants, la loi de 1992 faisait obligation de 120 heures de formation, sur des thèmes précis, dispensées par des organismes habilités comportant au moins un professionnel de l'accueil

familial. Les nouvelles dispositions statutaires relatives à ces mêmes accueillants, édictées en 2005, définissent une formation de 300 heures validée par un diplôme national d'assistant familial⁴. On est loin de ces précisions et de leur portée pour les accueillants d'adultes. Cette comparaison pour faire état des différences entre accueillants d'enfants et accueillants d'adultes. L'ancienneté « officielle » du métier en est une des raisons ; la préoccupation pressante que constitue la protection de l'enfance en est une autre, cumulée avec le manque d'intérêt quasi général accordé à l'accueil des adultes handicapés ou âgés.

Faire référence aux accueillants d'enfants a également pour objet d'affirmer une pratique d'accueil en famille qui, quels que soient l'âge ou les difficultés des accueillis, s'organise selon des caractères communs : travail permanent dans son intimité familiale avec la vie familiale et ses valeurs comme outil, où les petits riens du quotidien rythment les échanges. Ces caractéristiques sommairement exposées suffisent à évoquer le cœur d'un métier à inventer pour chaque accueil et pour chaque accueillant, et à théoriser collectivement.

LE CŒUR DU MÉTIER

Les accueillants familiaux ne sont ni des aides à domicile, ni des travailleurs familiaux, ni des auxiliaires de vie, ni des infirmiers, ni des éducateurs, ni des psychologues... Même si certains de leurs actes professionnels peuvent être inspirés ou rapprochés de ces métiers, le caractère sans équivalent de leurs interventions s'appuie sur leur quotidien intime et partagé, construit sur des valeurs, des attitudes et des expériences inscrites au plus profond de leur « être avec » et constitutives de leur savoir-faire.

Le métier se construit sur des bases à réfléchir, des pratiques à discuter, des limites à définir, des représentations, des défenses psychiques et des attentes narcissiques à élaborer. Fondée sur la relation qui se développe dans un contexte familial avec des êtres en difficulté, la formation devrait alors permettre d'identifier les pratiques incontournables, de définir les compétences et les limites du travail d'accueillant, ainsi que d'inventer des leviers pour le travail relationnel du quotidien.

Ces axes de formation essentiels, incontournables, peuvent être complétés par des apports théorico-pratiques sur la dépendance, le handicap, les premiers secours, l'alimentation... partageant ainsi les préoccupations de tous les professionnels du secteur social, médico-social ou soignant. Ils peuvent également être complétés par l'invitation à des espaces de travail collectif, par exemple des groupes de paroles dont les accueillants ont besoin.

Malgré le mutisme de la réglementation, des formations sont organisées dans la plupart des services départementaux et dans quelques établissements hospitaliers. Certaines répondent aux attentes en tentant d'élaborer les actes professionnels et leurs limites ; d'autres sont inspirées avec plus ou moins de bonheur par les pratiques professionnelles de métiers voisins ; d'autres enfin cherchent à répondre aux difficultés rencontrées par les différents acteurs de l'accueil. Mais la plupart n'aident pas vraiment les accueillants familiaux à inventer des réponses spécifiques appropriées utilisant les ressorts et les limites de la vie familiale partagée.

Les accueillants familiaux sont les victimes de ces imprécisions et de ces propositions formatrices plus ou moins adaptées. Mais ils sont également victimes d'une autre particularité induite par leur activité : est-elle bien un métier? Accueillir à domicile, n'est-ce pas finalement

banal, naturel, évident, fait de peu d'exigence et de technicité? Dans ces conditions, former ces personnes ne demanderait pas de démarche particulière et la formation pourrait être dispensée par n'importe quel acteur professionnel, plus ou moins formateur de surcroît.

Ainsi des organismes et des formateurs plus ou moins compétents répondent maladroitement aux besoins, éloignant encore plus les accueillants d'une réflexion adaptée sur leurs pratiques et leurs positionnements professionnels.

Sans une connaissance intime du métier d'accueillant familial, du contexte dans lequel il s'exerce, de ses difficultés propres, des modes d'expression relationnels, il est impossible de former les accueillants familiaux.

Et sans une solide expérience de la formation des adultes, il est difficile d'accompagner ces personnels dans un travail d'élaboration et d'appropriation de leur métier.

1 - pour pouvoir être agréés, les demandeurs doivent s'engager à suivre la formation initiale et continue. Une attestation de formation est indispensable pour prétendre au renouvellement de l'agrément au bout de 5 ans

2 - la note d'information DGAS/2C n° 2005-283 du 15 juin 2005 précise que cette attestation doit être établie par un organisme de formation enregistré auprès de l'autorité préfectorale

3 - la dénomination « accueillant familial » apparaît dans la loi de 2002

4 - voir le dossier « formation des assistants familiaux » dans l'AssMat, n°48, mai 2006

RESSENTI D'UN CHEF D'ÉTABLISSEMENT PSYCHIATRIQUE PAR RAPPORT AUX NOUVEAUX TEXTES

Jean-Claude LARDY

directeur

centre hospitalier d'Ainay-le-Château

Un peu d'histoire de l'accueil familial thérapeutique des malades mentaux. D'où vient-il ? De là-bas, et là-bas c'est l'Irlande. Tout le monde connaît la légende de la princesse irlandaise Dymphne qui, en but aux ardeurs incestueuses de son père, a fui l'Irlande avec son confesseur et a traversé la mer du Nord pour être drossée sur les côtes belges et se retrouver à Geel où son père l'a rattrapée et où il l'a décapitée. Un insensé, faisant partie de l'assistance, recouvre subitement la raison. Miracle ! C'est une histoire du genre « il était une fois » qui relève du conte de fées et comporte des dimensions psychanalytiques. Cette légende a donné naissance ensuite à un lieu de pèlerinage et à un hébergement des pèlerins chez l'habitant, origine de l'accueil familial thérapeutique.

Il y a aujourd'hui à Geel un centre hospitalier spécialisé qui fait référence en ce domaine.

La triangulation initiale de l'accueil familial thérapeutique comporte trois personnages : le fou (l'insensé), la famille d'accueil et la divinité. Geel fonctionne autour de ça. C'est si vrai que, sur la médaille frappée à l'occasion des 700 ans de l'hôpital de Geel, on voit le personnage de la sainte qui sort le diable de la tête du malade mental. On voit donc Dieu, le fou et la famille d'accueil. Mais, à l'époque, il n'y a évidemment pas de place pour la médecine, pour une institution ou pour la loi. Quand on parle aujourd'hui du triangle de l'accueil familial thérapeutique, un des personnages a changé : on voit toujours le fou, toujours la famille d'accueil et, à la place de Dieu, l'équipe soignante ou l'institution qui travaille dans le cadre de la loi.

Qu'attend-t-on de la loi dans cette matière complexe ? De l'État, le législateur, et de ses exécutants (collectivités territoriales, hospitalières ou associatives), on attend toujours une garantie pour les personnes accueillies ou, comme l'on disait jadis, placées. Nous sommes dans la notion de personnes vulnérables dont l'état de faiblesse justifie la protection de la loi, pas seulement au sens juridique de la tutelle.

La notion de métier n'intervient que plus tard. Il s'agit de cadrer les familles d'accueil dans leur recrutement et dans leur action, c'est-à-dire : labelliser (d'où la notion d'agrément), fixer un régime juridique et financier, et adapter le comportement en donnant une formation.

Le débat sur la professionnalisation occupe beaucoup de notre temps et de nos réflexions. Si l'on regarde la définition du mot métier dans le Larousse, dans sa première acception c'est une profession caractérisée par une spécificité exigeant un apprentissage et de l'expérience... et entrant dans un cadre légal, et dans la seconde c'est toute activité dont on tire un moyen d'existence. Les évolutions sur ce plan sont très importantes : ainsi, à Ainay-le-Château en 1992, un médecin parlait des candidates familles d'accueil comme de personnes qui voulaient avoir un petit revenu de complément ou une activité d'appoint. On n'évoquait pas la notion de métier. Cela a été théorisé, notamment par Pierre Sans dans son ouvrage « Famille d'accueil : un métier ? ». Et a continué l'éternel débat : si l'on veut que les accueillis puissent s'adapter, il faut qu'ils soient chez des familles le moins formées possible... Soyez naturelles et vous serez thérapeutiques, ce qui est un enchaînement un peu hardi !

Avant d'en venir à la nouvelle réglementation, je reviens au dispositif de 1989 en le présentant dans son contexte, à savoir le centre hospitalier spécialisé d'Ainay-le-Château qui est un établissement public spécialisé en psychiatrie pour adultes d'une capacité globale de 640 lits dont 100 lits intra-muros (60 en psychiatrie et 40 en long séjour) et 540 en accueil familial thérapeutique dont 415 sont occupés. 240 familles d'accueil travaillent sur 35 communes.

Avant la législation de 1989, le dispositif relevait d'un arrêté ministériel du 14 août 1963 écrit sur le mode rédactionnel de l'époque : avec un versant hygiéniste sur les conditions d'habitat et un versant sécuritaire par rapport au « gardiennage » des patients. Cet arrêté ne prévoyait aucun statut des accueillants et comportait d'importantes zones de non-droit : il n'y avait ni critères pour devenir famille d'accueil, ni agrément obligatoire, ni contrat écrit et pas non plus de régime social. C'est-à-dire que les familles d'accueil ne pouvaient bénéficier, par exemple, des prestations de la sécurité sociale qu'au travers du conjoint dont elles étaient l'ayant-droit.

C'était évidemment la porte ouverte à des abus : accueils dans des maisons sans sanitaires, ou par des octogénaires, voire des nonagénaires (on ne savait plus qui prenait qui en charge) accueils sauvages à capacité extensive davantage apparentés à des lieux de vie, accueils à dérive sectaire... Autant de situations facilitées par l'insuffisance des contrôles dont on comprend bien qu'ils étaient difficiles à réaliser en l'absence de volonté de les exercer d'une part, et de bases réglementaires pour les justifier d'autre part. Dans un État de droit, l'administration est bien obligée de fonder son action sur le droit, et quand il n'y a pas de droit...

Là-dessus intervient la loi du 10 juillet 1989, et pour ce qui est de l'accueil familial thérapeutique, son article 18. La genèse de cet article ne manque pas de saveur : le parlement était en train d'écrire ce texte à l'usage des conseils généraux pour cadrer l'accueil familial des personnes âgées quand la direction des hôpitaux s'est aperçue qu'en additionnant les patients en accueil familial thérapeutique d'Ainay-le-Château, de Dun-sur-Auron et des autres établissements hospitaliers, plus de 3000 étaient concernés. Un chargé de mission auprès du directeur des hôpitaux s'est donc rendu à l'Assemblée nationale en pleine nuit, alors que le texte était sur le point d'être voté, pour ajouter ce fameux article 18 qui permet l'application de la loi de 1989 au monde de l'accueil familial thérapeutique et transpose les pouvoirs dévolus au président du conseil général au directeur de l'établissement hospitalier.

Ensuite sont intervenus le décret du 22 juin 1990, l'arrêté du 1^{er} octobre 1990, texte technique qui prévoit les détails de l'organisation, et la note d'orientation du 27 décembre 1991 dont l'application a été assez inégale.

Il a ensuite fallu délivrer des agréments à des personnes parfois en activité depuis longtemps, agréer de nouvelles personnes, écrire un règlement intérieur, créer une chaîne de paye informatisée, signer des contrats d'accueil, tenir les dossiers créés, et obtenir les crédits budgétaires pour rémunérer les accueillants... et je passe sur la gestion de la période transitoire avec des personnes non-agrénées, et n'ayant aucune chance de le devenir, qui ont disparu en deux ans. Peu à peu, le règlement intérieur a fait l'objet de toilettages, par exemple en créant une indemnité de carence pour les familles ne recevant pas de patient pour un temps donné ou encore affilier les familles au comité de gestion des œuvres sociales de la fonction publique hospitalière. Nous avons ensuite organisé une formation initiale de 130 heures pour 300 personnes... et créé un document de liaison tenu chez les familles d'accueil dans lequel se trouvent notamment des possibilités d'échanges d'informations écrites entre l'équipe et la famille d'accueil : observations de la famille et consignes des personnels soignants. Une mise en œuvre qui a représenté un travail extrêmement important.

Les dispositions de l'époque n'ont pas été sans quelques difficultés au niveau de leur application bien disparate dans les conseils généraux (pour exemple, l'agrément était parfois traité en interne, parfois sous-traité, les critères variaient...) ou les établissements (ainsi, alors que le régime juridique applicable est indiscutablement celui du code du travail, des hôpitaux ont utilisé pour les familles d'accueil un régime de contractuels de droit public, et l'un d'entre eux a cru bon d'instituer une commission paritaire des familles d'accueil...).

Dans ce paysage d'interprétations, il y a quand même quelques certitudes : par exemple, l'accueil familial thérapeutique relève de la compétence des tribunaux administratifs, et non des prud'hommes ou encore le fait que les cotisations de sécurité sociale et chômage sont dues sur l'élément salaire, ou encore les aspects fiscaux (la partie salaire est déclarable et cotisable, la partie loyer est déclarable à l'impôt sur le revenu et non-cotisable, et la partie indemnités d'entretien n'est ni déclarable, ni cotisable, ni même saisissable).

Pourtant, on a vu des établissements hospitaliers ne pas comprendre qu'ils étaient employeurs des accueillants, d'autres calculer les rémunération sur la base du SMIC au lieu du MG, et des administrations fiscales vouloir imposer le loyer ou décider que les patients étaient redevables de la taxe d'habitation au titre des locaux qu'ils occupaient, ou pire, que les surfaces en question devaient être ajoutées à l'assiette de la taxe d'habitation du domicile...

Et que dire des divergences sur la retraite. Quand on veut parler de métier et de professionnalisation, il est ennuyeux que les familles d'accueil ne cotisent pas à un organisme de retraites complémentaires. À Ainay, les accueillants cotisent à l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités, l'IRCANTEC, système adopté par quelques établissements.

Un autre point essentiel concerne le statut des patients : sont-ils hospitalisés ou non ? La réglementation, dans son décret de 1996, prévoit que les patients sont hospitalisés. Il sont en accueil familial, mode d'hospitalisation, de prise en charge avec hébergement. Ceci compromet la volonté d'autonomisation, car s'il y a hospitalisation et si le patient est bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés, il n'en bénéficiera qu'à taux réduit. Une fois l'argent de poche retiré, il reste à ces patients environ 100 euros à leur disposition tous les mois et ce n'est pas facile de s'autonomiser dans ces conditions. C'est pourquoi certains, dont Jacques Brunier, souhaitent un statut de non-hospitalisés... qui aurait coûté plus cher car les patients auraient alors perçu l'AAH au taux complet.

Tel est le dispositif sur lequel nous fonctionnons à ce jour. Il a représenté un progrès important à son époque, mais celle-ci remonte à présent à quinze ans. Le dispositif a vieilli et, d'autre part, les familles d'accueil ont porté, au plan national, différentes revendications telles que l'agrément à valeur nationale ou la stabilité de leurs revenus. C'est dans ce contexte que sont intervenus d'une part la loi de modernisation sociale, et d'autre part les décrets.

Dorénavant, nous avons affaire à l'article 51 de la loi de 2002 qui a, entre autres avantages, celui de donner une certaine cohérence à l'agrément et à son retrait. Mais, dans le champ de l'accueil familial thérapeutique, nous nous retrouvons avec un empilement de textes et il va falloir trier ce qui reste applicable de l'arrêté de 1990.

Par ailleurs, quelques questions sont sans réponses à ce jour :

- Comment va se traduire concrètement la validité nationale de l'agrément, intéressante sur le plan de la mobilité géographique, dans le cadre d'un passage de l'accueil familial social à l'accueil familial thérapeutique ? L'agrément délivré par un département va-t-il être accepté par une équipe de soins ?

- Y aura-t-il une commission tripartite (composée de neuf membres, représentants des organisations représentatives des accueillants, de la collectivité et des associations d'usagers) de retrait d'agrément dans les hôpitaux ? Selon quelle périodicité se réunira-t-elle ?

- Que fera-t-on des personnes à qui l'agrément aura été retiré ? Pourront-elles être candidates dans un autre département ? Quelle centralisation d'informations aura-t-on pour s'apercevoir que Madame Untel dont l'agrément a été retiré dans les Vosges ne peut pas être candidate dans la Haute-Garonne ?

- Sachant que ne peuvent pas être agréées les personnes ayant eu des condamnations pour des délits tels que vol, escroquerie, abus de confiance, faux témoignage... et que ces condamnations sont mentionnées sur le bulletin numéro deux du casier judiciaire, comment allons-nous faire puisque l'employeur de personnes contractuelles ne peut pas légalement demander ce bulletin (alors qu'il le peut pour l'embauche de fonctionnaires) ? La législation du casier judiciaire changera-t-elle de ce point de vue ?

- L'agrément pouvant être donné au tuteur (ce qui était auparavant impossible), sous réserve d'un dispositif de tutelle complète avec un subrogé tuteur et un contrat signé par le subrogé tuteur, y aura-t-il l'équivalent dans le monde hospitalier

Pour finir, nous aurons à nous interroger sur le médico-social et sur d'éventuelles reconversions d'établissements ou de parties d'établissements ou de parties de dispositifs. Est-ce qu'on va aller vers des fonctionnements médico-sociaux et avec quels financements ?

Car, abstraction faite de la source financière qui alimente les rétributions versées aux familles d'accueil, je me dis que, dans certains établissements, on a si peu de personnel médical – en particulier, il n'y a plus de psychiatres, c'est une race en voie de disparition et parfois si peu d'infirmiers aussi – qu'au niveau de la norme de l'encadrement on est presque déjà dans le médico-social. Voilà de quoi instituer un débat.

L'ACCUEIL FAMILIAL SUR MESURE : UN TRAVAIL SOIGNÉ !

Belén ALONSO
accueillante familiale
Haute-Loire

QUI SUIS-JE ?

Je suis accueillante familiale en Haute-Loire, dans un village d'une trentaine d'habitants. J'ai partagé ce travail pendant quelques années avec mon compagnon. Depuis cette année, il est retourné à son travail d'éducateur spécialisé.

J'ai été agréée par le conseil général de la Haute-Loire en 1996. J'ai commencé l'accueil par des remplacements d'autres accueillants, à leur domicile ou au mien, lors de week-ends et de vacances. En 2000, nous avons demandé et obtenu l'agrément du CHS François Tosquelles (Lozère), et nous avons démarré l'accueil familial thérapeutique, toujours temporaire. Cette année, j'ai aussi été sollicitée pour l'accueil temporaire de travailleurs en centres d'aide par le travail vivant en foyer d'hébergement. Ce type d'accueil qualifié de social, de plus en plus demandé par certaines institutions, ajoute un partenaire : l'équipe éducative.

Actuellement, j'accueille deux personnes en accueil familial thérapeutique à raison de trois jours par semaine, et une personne en accueil familial social un week-end par mois.

Je fais partie de l'association Famidac¹ qui regroupe des familles d'accueil et leurs partenaires (parents, médecins, personnes handicapées, psychologues, tuteurs...) sur toute la France. Son but principal est de faciliter l'entrée en contact et les échanges d'informations, d'expériences et de savoir-faire entre partenaires de l'accueil. L'ordinateur, Internet et les autres merveilles de la technologie moderne permettent de surmonter l'isolement géographique et le manque de communication, principales difficultés des accueillants familiaux. Dans un métier qui présente autant de pratiques que d'accueillants, et autant de dispositifs que de départements, Famidac se veut fédératrice des expériences et des méthodes afin de faire évoluer notre profession vers un idéal où tous les partenaires trouveraient leur compte : des accueils mieux préparés, plus suivis ; un travail en commun, avec un fort investissement de tous les partenaires ; des accueillants plus professionnels, mieux formés, mieux informés et mieux payés ; un contrôle efficace qui évite les dérapages des accueillants ou des accueillis...

On m'a demandé de vous parler de la pratique de l'accueil familial au quotidien. Je vais donc présenter mon expérience, forcément subjective, en exposant le fonctionnement des deux dispositifs d'accueil familial social et thérapeutique dans lesquels j'exerce, ainsi que leurs différences et similitudes et leurs conséquences sur l'accueillant et la personne accueillie.

PRÉSENTATION DES DISPOSITIFS

En Haute-Loire, c'est le Service d'Accueil Familial Adulte qui gère l'accueil familial. Dans ce service du conseil général travaillent, sous la responsabilité de la directrice adjointe des services sociaux, deux assistantes sociales, un médecin, une psychologue et une secrétaire. Nous sommes une cinquantaine d'accueillants qui prenons en charge une vingtaine de personnes âgées et le double de personnes handicapées.

La mise en place, le suivi et le contrôle de l'accueil sont assurés par le SAFA. Les assistantes sociales sont souvent sur le terrain, et sont nos interlocuteurs premiers. Nous pouvons faire appel à elles à tout moment et elles se tiennent au courant de l'évolution des accueils, par des visites plus ou moins espacées. Le rôle de la psychologue est fédérateur. Tous les partenaires peuvent faire appel à elle, et elle peut rencontrer toutes les parties concernées par un accueil.

L'hôpital François Tosquelles a été pionnier de la psychiatrie «hors les murs». Il l'a été aussi d'un « certain » accueil familial, bien avant la loi de 1989 : les patients travaillaient dans les exploitations agricoles environnantes. La famille d'agriculteurs était indemnisée pour la nourriture et l'hébergement par l'établissement, et le patient-travailleur par l'agriculteur pour le travail fourni.

À l'heure actuelle, cet établissement utilise peu l'accueil familial thérapeutique, et il n'existe pas de service spécifique. La décision et l'organisation sont laissées au choix de chaque unité, sous la responsabilité du médecin et avec l'intervention de l'assistante sociale. 7 accueillants familiaux reçoivent une ou deux personnes (jamais trois en même temps). Il n'existe aucun accueil à temps plein.

Le suivi est presque permanent puisque les membres de l'équipe soignante assurent l'accompagnement des personnes, à notre domicile, chaque semaine. Des réunions nous permettent de faire le point sur le déroulement de l'accueil, en présence du médecin psychiatre et d'une bonne partie de son équipe. Ces réunions sont un peu plus fréquentes en début d'accueil et peuvent avoir lieu à tout moment, à notre demande ou à celle de l'unité.

DIFFÉRENCES ET SIMILITUDES DANS LA PRATIQUE ET CONSÉQUENCES POUR LES ACCUEILLIS

Ressemblance dans les pathologies présentées par les accueillis

Avec le temps, les pathologies des personnes accueillies en accueil familial social ou thérapeutique sont sensiblement les mêmes. Souvent, les services départementaux doivent trouver une place en accueil familial social pour des personnes relevant de la psychiatrie, pointant ainsi le manque de service d'accueil familial thérapeutique. De la même façon, on retrouve des personnes en accueil familial thérapeutique, suffisamment stabilisées et adaptées à la vie ordinaire, qui mériteraient d'être ailleurs que dans un hôpital, mais qui y restent par manque de projet ou de place. D'où l'intérêt pour nous d'être préparés pour pouvoir nous adapter.

En accueil social, il y a de plus en plus de demandes pour des personnes handicapées vieillissantes pour lesquelles on manque de places en établissements spécialisés.

En accueil thérapeutique, ce sont les unités s'occupant des patients psychotiques chroniques qui se servent le plus de ce mode de prise en charge. Les projets thérapeutiques peuvent aller de l'estimation des capacités de quelqu'un à vivre en société à son immersion dans un milieu ordinaire, ou être une étape dans l'attente d'un changement vers un ailleurs.

La bonne préparation des nouveaux accueils

Nous travaillons de la même façon en accueil thérapeutique et en accueil social : doucement, mais sûrement. On commence par se présenter, par faire connaissance.

En accueil social, dans ce travail qui sert à mettre en relation les futurs partenaires (accueillant, accueilli, famille, tuteur...), tous les membres de l'équipe participent, en fonction de la difficulté propre à chaque accueil. En accueil thérapeutique, les partenaires sont moins nombreux. Il ne nous est jamais arrivé de rencontrer la famille ou le tuteur de la personne à accueillir. Dans tous les cas, il y a une ou plusieurs visites préalables et une ou plusieurs journées d'essai.

Préparer l'accueil et organiser visites et journées d'essai permet aux accueillants et aux accueillis de réfléchir aux difficultés, de comprendre les enjeux et le sens de l'accueil familial.

Variations des façons de travailler et de l'investissement en accueil thérapeutique

En accueil familial social, le service étant toujours le même, la procédure est homogène. L'accueil thérapeutique s'organise au coup par coup, par l'une ou l'autre équipe de soignants. Cela implique que l'accueil et son bon déroulement dépendent beaucoup de l'investissement de l'équipe soignante. Et il peut y avoir d'importants changements, positifs ou négatifs, tout au long d'un accueil, en fonction des changements de personnel dans les unités ou du changement d'unité de la personne accueillie.

Ainsi, il est rare qu'un accueil social finisse brutalement. Souvent il s'agit d'une évolution lente, constatée par toutes les parties, qui conduit à une prise de décision conjointe. En accueil thérapeutique, l'arrêt d'un accueil peut intervenir suite à un changement de chef de service, sans demander l'avis ni de la personne accueillie, ni de l'accueillant.

Plus accessible dans le suivi, l'accueil social

Le suivi d'un accueil est plus facile quand on travaille avec les mêmes interlocuteurs. Tout le monde se connaît et il y a une certaine confiance. Le milieu médical est plus distant, et si les tracasseries du quotidien sont traitées chaque semaine, l'efficacité peut se ressentir de l'absence éventuelle de transmission des informations. Plus il y a d'intervenants, moins l'information circule. Il y a aussi la lourdeur administrative de l'hôpital. Combien d'énergie et de temps pour que la personne ait une provision d'argent afin d'aller chez un pédicure. L'ordonnance du médecin, l'accord du tuteur, la transmission de la décision à l'équipe, et pendant ce temps, l'intéressé attend et angoisse ! Parfois, l'accueil familial social a une dimension plus humaine...

La présence permanente en accueil thérapeutique

En accueil social, s'il y a un problème pendant le week-end, on peut se sentir très seul et être obligé de prendre une décision importante dans ce contexte. En accueil thérapeutique, il existe une permanence : on peut toujours avoir le médecin de garde, et l'institution s'engage à venir chercher au plus vite les personnes accueillies en cas de crise.

Bien évidemment, les solutions de remplacement pour les vacances ou les situations d'urgence sont plus faciles à mettre en place en accueil thérapeutique. Nos départs en vacances doivent être annoncés et expliqués bien à l'avance et nous faisons en sorte que les personnes accueillies connaissent les personnes qui nous remplaceront en cas de besoin. Cela peut leur éviter beaucoup d'angoisse et d'éventuelles hospitalisations d'office.

Différences d'accès à la formation

Le département a proposé une formation initiale aux accueillants à partir de 1998. D'autres stages, aux thèmes variés, nous ont été proposés les années suivantes, nous laissant le choix de participer à un ou plusieurs modules. Les frais de déplacement et de remplacement, pendant les journées de formation, sont assumés par le conseil général.

Aucune formation n'est prévue pour les accueillants en accueil thérapeutique. Certains pensent encore que plus nous sommes « ignorants » dans le domaine médico-social, et plus nous serons aptes à faire de l'accueil. Je n'ai jamais partagé cette opinion. Au contraire, il me semble que les améliorations dans notre profession passent, en premier lieu, par une meilleure formation. Les personnes que nous accueillons demandent un accompagnement de plus en plus spécifique, qui réponde de manière pertinente aux problématiques présentées. Si nous voulons suivre cette évolution, il nous faudra une bonne formation. La bonne volonté et l'expérience ne peuvent suffire si nous voulons être des vrais partenaires, crédibles et sérieux.

Le statut de l'accueillant plus favorable en accueil thérapeutique

Il me semble important de rappeler les différences de statut entre l'accueil familial social et l'accueil familial thérapeutique. Avec ce dernier, nous nous rapprochons du statut du « vrai » travailleur, avec congés payés, assurance chômage et un meilleur salaire. Ces petits avantages peuvent nous permettre de souffler quand nous en ressentons le besoin, ou de mettre fin à un accueil qui ne fonctionne pas bien au lieu de le faire « traîner » pour des raisons matérielles.

CONCLUSION

Selon moi, l'accueil familial évolue de façon positive. Nous sommes plus connus. Nous rencontrons de nouveaux partenaires (foyers occupationnels, lieux ressources...). Nous sommes plus jeunes, et avons de ce fait davantage de capacités à faire évoluer notre pratique. Nous avons plus de compétences puisque nous suivons des formations, temps de rencontre qui nous permettent de comparer nos pratiques et de nous organiser en petits réseaux

Puisque les demandes sont de plus en plus spécifiques, que les personnes accueillies et les pathologies qu'elles présentent sont de plus en plus variées, nous avons tout intérêt à nous former et à évoluer. Un bon accueil familial peut être une très bonne alternative à des hébergements collectifs où à des hospitalisations.

Nous, les accueillants, sommes les acteurs de cette évolution.

1 - Voir Famidac.net, créé et animé bénévolement par Etienne Frommelt, président de l'association.

L'ACCOMPAGNEMENT DES ACCUEILLANTS ET DES ACCUEILLIS

Mission Accueil Familial
Conseil Général du Nord

Chacun peut constater la diversité des conceptions de l'accueil familial en France, des différences entre le thérapeutique et le social et à l'intérieur même de ces deux champs. Dans le Nord, nous avons aussi une diversité de l'appréciation de l'accueil familial. Il faut savoir que le département est tout en longueur. Entre Dunkerque et Anor, ville la plus au sud du département, il y a plus de 200 kilomètres. Des gens vivent sur la côte et d'autres vivent dans l'agglomération lilloise qui dépasse le million d'habitants. On trouve aussi le secteur ouvrier du Valenciennois et d'une partie de la Sambre, des zones de culture dans le Cambrésis (un peu comme en Seine-et-Marne) et du bocage dans l'Avesnois (comme dans le calvados).

Cette diversité des territoires est aussi une diversité des modes de vie, des conceptions de la famille et de l'accueil.

Il y a six ans, dans un contexte de dysfonctionnements, les familles d'accueil ont fait pression pour être reconnues et ont finalement été reçues par le vice-président chargé de l'aide sociale aux personnes âgées et handicapées. Un nouveau responsable de service a ensuite été nommé. Cette rencontre a permis aux familles d'accueil de faire part d'une longue liste de doléances : cadre trop strict, absence des équipes du Département sur le terrain, absence d'informations, absence de dialogue, absence de définition du rôle de chacun...

À cette époque, l'agrément et le suivi des familles d'accueil, normalement assurés par le département, n'étaient pas satisfaisants. Quant au suivi des personnes accueillies, il était confié à plusieurs organismes conventionnés : cinq associations de type A.P.E.I., deux maisons de retraite, deux centres hospitaliers et des associations d'aide à domicile. La diversité des organismes se traduisait par une disparité de fonctionnement selon les secteurs du département.

Les premières réunions associant les familles d'accueil et le nouveau responsable de service n'ont pas été aisées en raison de l'incompréhension et du malaise qui s'étaient instaurés et du peu d'habitude des uns et des autres de s'écouter. Un inventaire de revendications a été dressé à partir de la mise en cause du Département, de certains organismes conventionnés et, plus lar-

gement, du cadre législatif qui soulevait l'incompréhension notamment en raison de la disparité des pratiques d'un département à l'autre mais aussi en raison des différences d'interprétation selon les acteurs. Pour exemple, les services tutélaires téléphonaient à plusieurs familles d'accueil, et celle qui proposait le tarif le plus bas était retenue. La qualité de l'accueil s'en ressentait logiquement. Ou bien encore, certains organismes exigeaient la présence d'interphones dans les chambres et des extincteurs dans toutes les pièces.

À l'issue de l'inventaire des problèmes rencontrés par les familles d'accueil, les dix-sept organismes chargés du suivi ont été réunis. Ils ont ensuite été scindés en deux sous-groupes selon qu'ils suivaient des accueillants de personnes âgées ou de personnes handicapées. La transmission des revendications des familles d'accueil à ces organismes a soulevé l'indignation et la colère des uns ou des autres sur tel ou tel point. De leur côté, ces organismes avaient eux-mêmes des revendications quant à l'absence du département sur le terrain, et quelques inquiétudes quant à un éventuel déconventionnement.

De réunions de familles d'accueil en réunions de représentants des organismes de suivi, de réunions de travail avec des familles d'accueil et des organismes en réunions de travail en sous-groupes, plus de quatre-vingt rencontres se sont déroulées sur six mois. À partir d'exemples concrets vécus par les uns ou les autres, les textes réglementaires ont été analysés et réinterprétés jusqu'à rédiger la charte de l'accueillant et un nouveau contrat d'accueil.

Au-delà, ce travail a permis aux interlocuteurs, après d'importantes passes d'armes, de se connaître, de se reconnaître, de se mettre d'accord et de trouver un équilibre de fonctionnement. Par ailleurs, le Département s'est repositionné, reprenant à son compte l'agrément et le suivi des familles d'accueil. Le suivi des personnes accueillies (âgées ou handicapées) est logiquement resté du domaine de compétence des organismes conventionnés. Il leur a ensuite été demandé d'alerter les services du Département en cas de dysfonctionnement chez une famille d'accueil au lieu de vouloir régler le problème eux-mêmes.

Les fondements de la réflexion menée ont été la souplesse, l'intelligence et la concertation. Il a aussi été nécessaire de revenir au principe de base du contrat d'accueil, à savoir qu'il ne s'agit pas d'un contrat formel mais d'un contrat synallagmatique, principe qui a été oublié dans de nombreux départements. Ceci a notamment nécessité de s'interroger sur les responsabilités des acteurs et sur leur limites.

Concernant la charte de l'accueillant, elle repose sur l'idée qu'une famille agréée ne peut pas recevoir n'importe quelle personne, mais qu'il faut tenir compte de ses points forts et de ses points faibles, de son désir et de sa façon de travailler, de la prestation de services qu'elle peut assurer. Chaque offre de service est différente, position qui n'était pas comprise au début, même par les accueillants dont certains étaient prêts à accueillir « n'importe qui ».

Le travail de la démarche-qualité a consisté en une réflexion sur l'adéquation entre l'offre de l'accueillant familial et le projet de vie individualisé de la personne à accueillir. Nous avons fait l'effort d'écrire, petit à petit, ces projets individualisés afin de se mettre d'accord avec l'accueillant et d'éviter les dérives menant à la maltraitance. En effet, chaque personne qui arrive en famille d'accueil est différente, et si la famille d'accueil applique ce qu'elle faisait lors de l'accueil précédent, elle risque de faire de gros dégâts.

Par exemple, si elle recevait une personne dépendante qui ne pouvait pas sortir, et accueille maintenant une personne plus autonome en appliquant les mêmes méthodes, cette personne va perdre très rapidement son autonomie alors que le but recherché est justement un accueil dynamique et pas seulement un hébergement. Une telle approche a permis aux accueillants de définir ce qu'ils étaient capables de faire et les évolutions qu'ils souhaitaient. Au travers de la charte de l'accueillant, ce sont les concepts de professionnalisation, de métier, d'éthique, de déontologie qui ont pu être travaillés, et ce au-delà des obligations imposées par la loi. Les accueillants sont devenus des professionnels et des partenaires du conseil général dans un contexte d'harmonisation des pratiques.

Au quotidien, les accueillants ont été formés par les intervenants des organismes chargés du suivi quant aux gestes de base (toilette, manipulation...) mais la collaboration a également permis de proposer des activités extérieures aux accueillis dans un souci d'autonomisation mais aussi pour le bien des accueillants. C'est assez aisé pour les handicapés qui peuvent se rendre dans des centres d'aide par le travail ou dans des foyers occupationnels, et plus difficile pour les personnes âgées. Nous avons cependant pu travailler avec « Les petits frères des pauvres » qui proposent des activités auxquelles les personnes accueillies se rendent, soit accompagnées par l'accueillant, soit par des bénévoles.

Sur le plan de l'accompagnement, les professionnels des organismes de suivi mènent leurs visites en trois temps : avec l'accueilli, avec l'accueillant, et avec les deux ensemble, ceci à raison d'une visite par mois au minimum, et davantage surtout en début d'accueil. Les organismes dressent un bilan mensuel d'activités transmis au conseil général. Cette procédure peut sembler lourde mais elle garantit un certain niveau de qualité. Cet accompagnement conçu comme un conseil et une médiation va bien au-delà du contrôle « policier » instauré par la loi de 1989. Il a aussi influencé la procédure d'agrément instruite par trois équipes médico-sociales départementales, et notamment le fait de motiver les refus d'agrément. En clair, si le refus ne peut pas être motivé... le demandeur doit être agréé. Mais surtout, il s'agit de dialoguer avec le postulant afin de lui faire comprendre notre position et de l'aider à envisager d'autres hypothèses de travail même si ce n'est pas toujours facile.

La procédure d'agrément proprement dite repose sur trois ou quatre visites d'une demi-journée faites par une équipe médico-sociale (un travailleur social et un auxiliaire médical). Au terme de cette première phase, nous téléphonons à l'organisme de suivi local pour l'informer qu'il y a un candidat prêt à recevoir sa visite, sans lui faire part de l'opinion que nous en avons. L'organisme dispose d'un délai de deux mois pour aller voir la personne et établir la « fiche profil de l'accueillant » sur laquelle sont notées les conditions de l'accueil (description de la maison, composition de la famille, présence de personnes âgées, élevage éventuel d'animaux, culture du jardin...). Ces conditions d'accueil renvoient en fait à une offre d'accueil qui permettra d'orienter un accueilli plutôt qu'un autre.

Une commission consultative locale d'agrément est ensuite organisée afin de donner un avis favorable ou non à partir duquel le président du conseil général prendra sa décision. Au-delà, ce travail engage la suite de la collaboration lorsque la candidature est retenue.

Toujours dans le cadre de l'accompagnement, les accueillants sont réunis une fois par an par petits groupes de six-sept à raison d'une demi-journée. Ces rencontres sont thématiques et ouvrent sur des ateliers d'expression sur le thème choisi (cette année, la prophylaxie) qui permettent de discuter du travail de l'accueillant. Un compte-rendu est ensuite adressé à chacun.

Dans les situations où un accueillant pose problème (fautes graves, maltraitance), une procédure existe. Il est convoqué, et peut être représenté soit par un membre de l'association des accueillants, soit par un membre de sa famille ou de son cercle amical et l'on discute avec lui des difficultés constatées. À la suite de cela, on s'oriente soit vers un retrait d'agrément, voire la saisine du procureur de la République, soit vers un accompagnement spécifique pendant six à huit mois pour qu'il révise ses façons de faire. Ce qui est intéressant, c'est qu'environ la moitié des accueillants concernés arrêtent d'eux-mêmes au bout de trois ou quatre mois parce qu'ils sentent qu'ils ne sont plus en capacité de s'adapter à ce nouvel accueil familial. Et cela permet aux autres d'améliorer les choses : certains sont ainsi revenus de loin... Il y a là un respect de l'accueillant familial.

Avec le travail réalisé, l'accueil familial des adultes âgés ou handicapés n'est plus une « formule hôtelière pratique et pas chère », mais un service composé de partenaires agissant en équipe avec, pour conséquence immédiate, l'amélioration de la qualité de l'accueil. On dit souvent que la personne accueillie est au centre de l'accueil familial et ce n'est pas vrai. La nature même de l'accueil familial place en son centre deux personnes et même davantage : la personne accueillie, la personne agréée et sa famille, ou d'autres personnes.

études et recherches

LE DYNAMISME DE L'ACCUEIL FAMILIAL THÉRAPEUTIQUE DES ADULTES

Roseline DANTAN

psychanalyste, psychologue clinicienne en libéral
Colombes (Hauts-de-Seine)

Comment tirer parti – sur un plan pragmatique et clinique – d'un modèle théorique d'évaluation des accueils familiaux thérapeutiques de malades mentaux adultes ? Y aurait-il des concepts que les équipes soignantes pourraient utiliser pour orienter leur travail selon les aléas des accueils ? Et si c'était le manque de lisibilité des pratiques qui freinait l'essor de ce mode de soin¹, un outil conceptuel pourrait-il participer à modifier cette tendance ?

Au centre hospitalier P. Guiraud à Villejuif, le service XV est dirigé par le Dr F. Josselin depuis sa création en 1990. Des placements de malades en famille d'accueil ont été mis en œuvre en 1991 et depuis 1996, une équipe spécifique prend en charge une dizaine de patients. C'est dans ce service d'accueil familial thérapeutique dirigé par le Dr P. Bénureau qu'avec le soutien chaleureux de la psychologue clinicienne Mireille Scemama-Erdös, j'ai mené une expérimentation (dans le cadre d'une recherche universitaire²) auprès de neuf accueillantes familiales.

J. C. Cébula est l'un des auteurs actuels les plus engagés dans la réflexion sur l'accueil familial thérapeutique d'adultes. À partir notamment³ de son expérience de psychologue en charge d'accompagnements d'accueils depuis les années 75, il a dégagé une structuration dans les relations entre la famille et le patient qu'elle accueille. Le modèle théorique qu'il développe⁴ décrit les mouvements relationnels entre accueillants et accueillis sur trois modalités qui se construisent autour des représentations que l'accueillant se forge sur son travail et le malade accueilli et s'inscrivent dans une progression dynamique. La première étape est celle de l'idylle, la deuxième de la désillusion et la troisième d'installation dans la durée.

Il y a une valeur affective dans ces représentations que j'ai matérialisée via des indices langagiers (adjectifs subjectifs) présents dans les dires des accueillantes. Un logiciel d'analyse de discours (TROPEs⁵) m'a permis de traiter rapidement deux interviews pour chacune.

Ces marques de langage permettraient-elles une description des accueils selon les trois étapes du modèle ? Il a fallu dans un premier temps observer la répartition des neuf accueils étudiés, à savoir : quatre dans l'idylle, quatre dans la désillusion, et un dans l'installation dans la durée.

Le modèle permet de décrire et de distinguer les accueils selon une valeur affective de la représentation de l'accueillante sur chacune des trois étapes. Mais son intérêt réside moins sur un plan descriptif que sur un plan prédictif, dans le fait qu'il dégage une structuration dynamique, une évolution réparable dans chaque accueil, située entre les extrêmes de la fusion et du rejet.

J'ai choisi d'étudier les interactions entre accueillant et accueilli à propos des temps de séparation, moment d'intensité des sentiments qui cristallise les affects. Le statut de travailleur salarié des accueillantes du centre hospitalier P. Guiraud comporte une période de congés qui oblige tout accueil à se confronter à ce temps particulier. D'un côté, les malades mentaux n'ont pas toujours une claire conscience de la notion du temps. Se séparer devient alors un des angles du travail sur l'évolution de la maladie, et le patient est amené progressivement à prendre en compte, sans angoisse de morcellement ou de dissociation, différents changements (de personnes, de lieux). D'un autre côté, les accueillantes peuvent avoir peur de perdre leur travail, imaginant que « leur » patient, se trouvant mieux ailleurs, ne voudrait plus revenir. Souvent, la séparation entraîne la menace de la perte. De plus, l'insertion du patient dans la famille suppose un attachement qui se manifeste avec une grande force émotionnelle lors des séparations.

Quelle différence s'observera dans la participation d'une accueillante aux projets de séparation (tels qu'ils sont soutenus par l'équipe soignante) selon que l'accueil aura été catégorisé en phase d'idylle, de désillusion ou d'installation dans la durée ? Dans cette recherche de validation d'un modèle d'accueil familial thérapeutique, j'ai établi trois hypothèses prédisant chacune le comportement des accueillantes face aux séparations, en fonction de l'étape vécue :

- si le dynamisme de l'accueil est en phase d'idylle, l'accueillante ne souhaitera pas se séparer du patient, laissera l'organisation du séjour à l'équipe, mais sera très attentionnée aux préparatifs personnels du patient ;
- si le dynamisme de l'accueil est à l'étape de la désillusion, l'accueillante souhaitera se séparer du patient, ne participera pas du tout au projet ni en concertation avec l'équipe ni sur le plan des préparatifs personnels, et manifestera un désir fort de séparation, sur le registre du rejet ;
- si le dynamisme de l'accueil en est à l'étape d'installation dans la durée, l'accueillante consentira à la séparation et participera, en concertation avec le patient et l'équipe, à son élaboration, aussi bien dans l'organisation générale que dans des détails plus personnels.

Etudier ces hypothèses a permis de valider la catégorisation des accueils dans six cas sur neuf où le comportement observé a correspondu à ce qui était attendu. Les trois cas où s'est manifesté un décalage étaient en relation avec l'étape dite d'installation dans la durée. En effet, à l'imaginaire du premier temps (idylle) confronté à la réalité dans la deuxième étape (désillusion), il apparaît dans ce troisième temps une symbolisation différente de la représentation de l'accueil. Il s'agit d'un temps de dépassement du deuil des premières illusions et de l'acceptation d'une différence qui permet à l'accueil de s'installer dans la durée. L'accueillant mesure la dimension de l'indication de placement. Des aspects particuliers de la maladie mentale sont découverts ou réinterprétés. Le travail dans l'accueil en famille est envisagé comme un mode de soin dont celui de l'équipe est complémentaire. L'accueillant construit une autre représentation de l'accueilli. Les comportements incompréhensibles sont replacés dans le cadre de la vie quotidienne où ils acquièrent un autre sens : ils sont familiarisés.

Katia Cottencin, infirmière, rapporte le cas d'un patient pyromane qui avait repris son mode de jouissance en mettant le feu à la paille de la grange. L'accueillant a donné un sens à ce comportement dangereux et a confié au malade la tâche quotidienne de brûler un tas d'ordures au fond du jardin. Aucun autre incendie n'a plus été allumé, l'accueil s'est poursuivi au mieux.

Ce temps permet la construction d'une pensée sur l'autre qui autorise la stabilité des échanges relationnels. Jean-Claude Cébula nomme préoccupation maternelle primaire cette permanence relationnelle. Cette stabilité, qui offre un support thérapeutique à la dissociation mentale, ne se déploie pleinement que dans ce troisième temps de la dynamique de l'accueil.

Les indices langagiers choisis ne permettent pas de distinguer sentiments affectifs et possessifs. Or, ces sentiments ne se recouvrent pas et se disjoignent au contraire dans la dernière étape du modèle. Des indices de prise en charge du discours en comparaison avec les adjectifs subjectifs pourraient, par exemple, permettre de mieux mesurer l'attachement fusionnel qui est souvent le moteur du début de l'accueil (idylle).

Mon expérimentation s'est déroulée sur quelques mois. Il conviendrait de prolonger cette démarche pour introduire une variable temporelle dans le modèle. L'étude des discours devrait notamment prendre en compte davantage que deux moments comme effectué dans cette étude. Il est arrivé en effet que la représentation de l'accueil ait temporairement « régressé » à la phase de désillusion lorsque les aléas de l'évolution de la maladie mentale ont heurté la vie familiale. Mais cette régression ne signifie pas la rupture et, quelques temps plus tard, se range au nombre des péripéties qui émaillent l'accueil.

Mais surtout, j'ai plusieurs fois dû utiliser l'information sur la durée de l'accueil pour argumenter sur la pertinence des résultats. Cette variable a donc un rôle important dans l'appréciation du déroulement du dynamisme de l'accueil et pourrait être croisée avec les autres données. Un accueil fixé aux premiers temps de l'idylle depuis plusieurs années doit être pris en compte différemment d'un accueil débutant. C'est en effet un moment où l'équipe médicale est un peu en retrait du système familial intégrant le patient. Lorsque cette situation perdure, l'équipe doit être vigilante à l'évolution de l'autonomie du patient. De même, un accueil restant plusieurs années en phase de désillusion doit faire l'objet d'un intérêt particulier. Cette attitude a des effets sur les autres membres de la famille. Ne peuvent-ils pas être pathologiques ?

Ce travail propose des pistes pour des recherches ultérieures sur l'accueil familial thérapeutique des adultes, domaine encore peu exploré. Il est important de souligner la fonctionnalité de ce modèle dynamique pour décrire sur le plan psychologique les différentes étapes des accueils familiaux des psychotiques adultes. Dans chacun des neuf cas étudiés, j'ai pu rassembler des données cliniques facilement interprétables selon cette théorisation. En pratique autant qu'en théorie, la dynamique de l'accueil familial est un concept qui peut s'inscrire au-delà des divers courants qui organisent le champ actuel de la psychologie. Gageons que ces questions seront reprises par de nombreux chercheurs conscients des aspects novateurs de l'accueil familial thérapeutique des malades mentaux adultes.

1 - Éric Auger, « Succès et faiblesse de l'accueil familial thérapeutique », Soins Psychiatrie, n° 225, 2003

2 - « Le dynamisme de l'accueil familial thérapeutique des adultes », mémoire de maîtrise de psychologie clinique et pathologique – CNED-Paris VIII, soutenu en septembre 2003 par Roseline Dantan

3 - Le travail de Myriam David sur les placements d'enfants tient une grande place dans la recherche sur l'accueil familial. Voir « Le placement familial, de la pratique à la théorie », ESF, 1990

4 - Jean-Claude Cébula, « L'accueil familial des adultes », Dunod, 1999

5 - R. Ghiglione, A. Landré, M. Bromberg, P. Molette, « L'analyse automatique de contenus », Dunod, 1998

FAMILLES D'ACCUEIL DE PERSONNES ÂGÉES : ENTRE IDENTITÉS ET REPRÉSENTATIONS PROFESSIONNELLES

Josette GUILLAUMIN-LABORIE

formatrice de travailleurs sociaux
et directrice-adjointe d'une maison d'accueil spécialisé

POURQUOI CETTE RECHERCHE ?

Il n'y a pas de recherche sans motivation personnelle : la mienne relevait d'une possibilité de reconversion professionnelle¹, mais aussi d'une réponse éventuelle à des préoccupations familiales et personnelles. Ignorant moi-même cette modalité de prise en charge pour les personnes âgées qu'est l'accueil familial, je m'aperçus que cette ignorance était largement partagée, non seulement dans le grand public, mais également dans les secteurs associatifs et médico-sociaux au sein desquels j'entreprenais ma recherche. Je pensais que ce mode d'accueil était innovant, et pouvait représenter une alternative aux accueils collectifs en maisons de retraite et au maintien à domicile volontariste, laissant parfois la personne âgée dans un grand isolement.

EXPLORATION D'UN TERRITOIRE INCONNU

Connaître son contexte était la condition préalable à la découverte de ce terrain. Rencontrer deux familles accueillantes, pour des entretiens exploratoires, constitua la première étape afin de tenter de répondre à quatre grandes questions :

1. C'est quoi ? Questions de contextes

De quoi s'agit-il ? Quels sont les contextes sociaux, environnementaux et législatifs qui peuvent expliquer cette modalité d'accueil ? Quelle est sa réalité géographique sur le territoire français ? Les familles d'accueil sont-elles organisées en associations ? Si oui, pourquoi ?

2. C'est qui ? Questions d'identités

Qui sont ces familles qui accueillent des personnes âgées ? Ce sont des familles d'accueil mais ce sont les femmes, à une écrasante majorité, qui ont le statut d'accueillant. Quel est leur âge, leur habitat, leur composition familiale ? L'accueil familial confère-t-il un statut social, une identité professionnelle ?

3. C'est comment ? Questions de pratiques

Que font-elles ? En quoi consiste cet accueil ? Comment s'y prennent-elles ? Quels sont les avantages et les inconvénients du point de vue des familles accueillantes ?

4. Ces « Qui » pensent « Quoi » de leur « Comment » ? Questions de représentations

Que pensent les familles d'accueil de personnes âgées de leur activité ? Comment jugent-elles leur qualité de vie et celle des personnes accueillies ? Pensent-elles qu'il s'agit d'un travail ? D'un travail comme les autres ? D'un travail social ? Quelles représentations de ce travail ont-elles ? Leurs représentations professionnelles sont-elles liées au choix de cette activité ?

Ceci me permet d'élaborer un questionnaire qui sera distribué par le biais d'une association de familles d'accueil de personnes âgées, située en Gironde. Du dépouillement de ces questionnaires ressortira une typologie des représentations professionnelles.

CONTOURS THÉORIQUES

De l'étymologie « famille d'accueil » et « personnes âgées » découlait une recherche qui allait s'orienter vers deux grands concepts : d'une part, la « famille » qui se définit par son activité d'accueil et qui est payée pour cela, avec la problématique d'un travail où se mêlent de manière inextricable vie privée et vie professionnelle ; d'autre part « personne âgée », euphémisme désignant la vieillesse, et plus particulièrement celle qui a besoin d'aide. Il paraissait donc incontournable d'évoquer les représentations sociales de la vieillesse et de la dépendance.

L'identité professionnelle des familles d'accueil apparaît comme mal définie, soit par manque de reconnaissance sociale dans la branche des travailleurs sociaux, soit par manque de formation et de qualification, soit encore du fait de la représentation sociale généralement répandue qui voudrait que s'occuper des personnes âgées ne requière pas de compétences particulières et qu'il suffit de bon sens et de motivations.

Les pratiques sociales de l'accueil familial sont apparues dans leur complexité et leur subtilité, mettant en valeur les multiples aspects de la vie quotidienne. Ces aides du quotidien sont autant d'occasions de créer de la relation et donc, de l'appel à vivre, pour des personnes en fin de vie dont les activités de base comblent de plus en plus le temps et l'espace. Cela demande une certaine virtuosité aux accueillants pour faire passer avec bonne humeur et sur la durée, l'importance des « petits riens » qui rendent la vie plus facile aux personnes accueillies.

La qualité de l'accueil, appelée ici « accueilance », semble être l'objectif à atteindre pour promouvoir l'accueil familial de personnes âgées. L'accueilance ne peut se réaliser qu'à certaines conditions qui ne mettent pas seulement en cause la motivation des familles postulantes, mais aussi la volonté des politiques publiques à former et accompagner des accueillants qui risquent de s'épuiser car ils ne sentent pas soutenus.

Entre des pratiques professionnelles en mal de reconnaissance et une identité professionnelle mal définie, les accueillants familiaux de personnes âgées construisent des représentations professionnelles de l'accueil. Les représentations servent à guider les pratiques. Ces représentations professionnelles sont liées au sentiment de libre choix d'exercer cette activité : telle était l'hypothèse principale de ce travail. « Analyser une représentation sociale, c'est tenter de comprendre et d'expliquer la nature des liens sociaux qui unissent les individus, les pratiques sociales qu'ils développent, de même que les relations intra- et inter-groupes² ».

ANALYSE DES RÉSULTATS

L'analyse des 42 questionnaires exploitables a permis de proposer une typologie de ces représentations, sachant qu'un individu ne représente pas à lui seul une caractéristique « typique » mais qu'il s'agit de tendances ou de facettes pouvant se retrouver chez un même sujet. Ces représentations se répartissent en cinq groupes ou classes dans l'échantillon.

Le premier groupe se remarque par la prédominance des choix positifs, ce qui n'exclut pas des remarques critiques sur l'activité. Le discours est très centré sur l'importance des relations familiales : les accueillants considèrent que la personne âgée est stimulée par la vie familiale, sa relation avec sa propre famille est considérée comme un avantage et l'association y est sollicitée dans ce sens. Cette classe de discours se définit par une vision optimiste de l'activité qui correspond à un choix de vie : l'importance des échanges affectifs est le signe de la qualité de vie pour les personnes accueillies comme pour la famille accueillante. Nous avons qualifié ce groupe « Accueilance familiale ».

Un deuxième groupe s'oppose aux trois restants, et se caractérise par des choix équilibrés dans les réponses positives et négatives. Le discours met en avant les conditions confortables de l'accueil et développe des qualités de partage, de participation et de relations avec les personnes accueillies et leurs familles. Il y a une demande de formation. Cette description rend compte d'une pratique qui inspire réflexion, interne et externe, proche du travail social. Aussi l'avons-nous appelé « Accueilance sociale ».

Le troisième groupe met en avant des items liés aux revenus, considérés comme complémentaires, et aux conditions de travail ; il considère comme un avantage le fait de travailler à domicile et attend de l'association des possibilités de remplacements. L'amélioration de la qualité de la vie comme famille accueillante passe par des possibilités de repos et de vacances. Cette description correspond à un discours de type revendicatif, tendant à vouloir faire reconnaître ce travail comme un travail salarié et à faire valoir des droits sociaux. Nous l'avons nommé « Accueil salarié ».

Le quatrième groupe se définit comme travailleur indépendant : il considère exercer un travail social et être aidé pour cela par le milieu médical. La raison de l'activité est d'être chez soi, mais l'inconvénient majeur est la disponibilité permanente. Respecter l'intimité des accueillis, leur accorder un espace privé, ainsi que préserver des moments d'intimité à soi et à sa famille, apparaissent comme les soucis principaux. Ce groupe ne retient pas comme avantage le fait de partager les repas familiaux, ni la stimulation qu'il peut représenter pour la personne accueillie. Cette vision du « chacun chez soi » et de « l'indépendance scrupuleuse » nous a conduits à qualifier ce groupe d'« Accueil libéral ».

Le cinquième groupe se distingue de tous les autres par la masse de ses choix négatifs. Tout en étant réservé sur l'interprétation des résultats de ce groupe, qui pourraient être dus à une incompréhension des questions ou à un manque d'intérêt pour le questionnaire, ou bien encore au fait de ne pas se retrouver dans les réponses proposées, nous avons opté pour une caractérisation par défaut sous le terme « Accueil aquabonniste ».

Ce terme est emprunté, avec son accord, au travail de Christine Mias³. L'aquabonnisme désigne les travailleurs sociaux qui ont le sentiment d'avoir perdu le sens, les repères et le contrôle de leur travail.

Nous pensons que la réaction négative au questionnaire dans son ensemble aurait entraîné une absence de réponse (le questionnaire était bien sûr anonyme et il n'y avait aucune obligation à le renvoyer), et que l'accumulation de réponses négatives pouvait signifier une réaction négative à ce travail ou, pour le moins, une absence de représentation professionnelle de l'accueil. À l'opposé du premier groupe qui réalise ce travail par choix et avec implication affective, nous interprétons l'importance des choix négatifs comme une obligation à exercer cette activité, sans intérêt particulier ni épanouissement personnel.

Dans l'analyse des résultats, il est intéressant de souligner ce qui oppose les différents groupes :

- comme nous venons de le voir, entre les groupes 1 et 5, le premier facteur d'influence des représentations professionnelles est donc le choix de l'activité ;
- le deuxième est le sens de l'activité : le groupe 2 est centré sur l'intérêt de la personne accueillie et les groupes 3 et 4 sur celui de la famille accueillante ;
- le troisième facteur est celui qui différencie les groupes 3 et 4, c'est-à-dire le statut de l'activité : d'un côté un statut de salarié, de l'autre un travail de type libéral.

Nous rappelons avec insistance qu'aucune famille accueillante ne rentre dans tel ou tel groupe ou n'appartient à telle ou telle catégorie, ce qui tomberait dans la caricature. Il s'agit de groupes de discours et de classification de mots qui permettent de repérer les différentes représentations professionnelles des accueillants familiaux de cet échantillon : ce modèle n'est pas exclusif et n'est sans doute que le début d'une exploration.

À quoi cela sert-il de montrer qu'il existe des représentations professionnelles de l'accueil familial de personnes âgées ? Notre réponse prend la forme d'une métaphore théâtrale :

- au chercheur, cela sert à vérifier son hypothèse : il existe bien des représentations professionnelles de l'accueil familial des personnes âgées, et elles sont d'abord liées au sentiment de libre choix d'exercer cette activité. Le chercheur est un agent éclairagiste qui braque son projecteur pour mettre en évidence certains aspects des acteurs ;
- aux familles d'accueil, cela devrait permettre de revaloriser leur travail : si elles ont du mal à faire reconnaître leur identité professionnelle et à valoriser leurs pratiques, la construction de représentations leur permet de donner du sens à ce travail. L'accueillant familial est un acteur qui se dépense beaucoup mais, sans lumière, il est invisible et, sans auteur, il est inconnu.
- aux autres acteurs sociaux et aux décideurs des politiques sociales, cela devrait servir à prendre en compte et à promouvoir cette modalité d'accueil. Le décideur des politiques sociales est un auteur qui décide ou non de mettre en scène cet acteur ou un autre, et pour cela, de trouver les fonds nécessaires pour assurer la représentation théâtrale.

QUESTIONS ET PERSPECTIVES

Entreprendre une recherche, c'est commencer un livre : le premier chapitre campe les personnages et introduit l'action. À ce stade, de nombreux chapitres s'ouvrent devant vous, et comme dans les histoires dont vous êtes le héros, plusieurs itinéraires peuvent être envisagés.

Version ethnographique (étude descriptive de toutes les données relatives à la vie d'un groupe humain déterminé) ou ethnologique (étude scientifique et systématique des sociétés dans l'ensemble de leurs manifestations linguistiques, coutumières, politiques, religieuses et économiques, comme dans leur histoire particulière), le chercheur ira vérifier, par des entretiens approfondis et des récits de vie, si ses hypothèses et sa typologie se trouvent confirmées.

La recherche pourrait alors s'orienter dans quatre grandes directions :

1. Les représentations professionnelles méritent d'être approfondies et affinées.

L'accueil salarié ne se résume pas à l'obtention de repos et vacances et nécessite de dessiner un contour plus précis des conditions minimales rendant ce travail acceptable pour ses acteurs. L'acteur libéral démontre en creux les contraintes de la disponibilité permanente et la nécessaire prise de recul et de temps pour soi, sous peine de cohabitation difficile. Cependant cette représentation peut naviguer entre l'illusion du sentiment de liberté à travailler chez soi et l'éventuelle mainmise du secteur marchand encourageant à la libre entreprise. Ces aspects des choses n'ont été qu'effleurés dans notre travail.

L'accueil familial, avec sa générosité et son absence de limites, peut être la plus sensible au « burn-out » (usure ou épuisement professionnel). À donner beaucoup dans l'affectivité, sans même s'en rendre compte, le risque est réel d'épuiser son énergie et sa bonne volonté.

L'accueil social nous semble être la représentation en voie de professionnalisation.

L'aquabonnisme peut être une manière de se défendre des grandes pressions qui s'exercent sur les accueillants, leur constituant ainsi une carapace. Cette implication passive nous semble préjudiciable à la qualité de l'accueil. L'absence de représentations serait la reproduction d'une perte de sens et de valeurs pour les accueillants, et serait dangereuse pour les accueillis.

Ces représentations professionnelles sont liées à des facteurs d'influence : le choix de cette activité nous paraît déterminant. D'autres facteurs pourraient être explorés : l'appartenance associative par exemple.

2. L'identité professionnelle est un domaine particulièrement intéressant à reprendre dans la configuration des familles d'accueil. Entre domaine privé et domaine professionnel, on parle beaucoup aujourd'hui du travail à la maison. Que fait-on en plus parce qu'on est chez soi ? Qu'est-ce qui est gratuit et payant ? Entre les aides à domicile et les offres de services, la professionnalisation des activités domestiques ouvre-t-elle des perspectives ou réduit-elle à sa portion congrue le contenu de l'accueil familial ?

Ce travail est-il particulièrement invisible et plutôt mal payé parce que c'est un travail de femmes ? La banalisation des aides à la vie quotidienne, secteur dévolu aux femmes, permet-elle de valoriser une identité professionnelle ?

Le peu de visibilité des familles d'accueil dans la nomenclature du travail social serait-elle le signe d'un secteur organisé en castes ? Y aurait-il le sous-prolétariat du travail social comme les « petites mains » dans la haute couture ? Cette identité professionnelle n'est-elle pas d'autant plus difficile à dessiner que les acteurs sont dispersés géographiquement, sans relations professionnelles organisées, et renvoyés à leurs individualités ?

3. La formation des familles d'accueil peut-elle s'inscrire comme une nécessité et une chance pour les acteurs ? S'entendre sur ce que former veut dire : avoir des connaissances sur la psychologie et les pathologies des personnes âgées n'est pas superflu mais ne saurait suffire à la nécessité d'échanger sur les pratiques au quotidien. La formation initiale n'a de raison d'être que par son prolongement en formation continue : l'accompagnement et le suivi des familles d'accueil peuvent se concevoir comme des groupes de paroles, d'analyse des pratiques, perçus comme soutien et accompagnement nécessaires à la relation.

Les formations et qualifications obtenues par les assistantes familiales sont-elles un modèle à suivre ? Même imparfaites, ces formations ont au moins le mérite de prouver que, pour s'occuper d'enfants, la bonne volonté et la motivation ne suffisent pas. La formation nécessaire et obligatoire pour travailler auprès des personnes âgées constituerait une avancée vers la reconnaissance sociale. Encore faut-il que cette obligation ne soit pas perçue comme une contrainte, mais comme une aide et une valorisation.

Dans ce cadre, poursuivre la recherche autour de la qualité de l'accueil, que nous avons appelée l'accueillance, constitue une entreprise et une élaboration qui ne pourront qu'être collectives et nourries des pratiques de terrain.

4. L'information sur cette modalité d'accueil viendrait combler un déficit important de ce qui est appelé aujourd'hui le besoin de « communication ». Qui connaît les familles d'accueil de personnes âgées? Après la terrible canicule de l'été 2003, où l'on expliquait le nombre de victimes dans les structures collectives par le manque d'effectifs, et dans le maintien à domicile par un abandon familial supposé, qui a entendu parler des familles d'accueil?

Les diplômés universitaires de gérontologie préparent-ils à concevoir des modalités alternatives d'hébergement pour les personnes âgées? Les nombreuses publications concernant l'accompagnement de la vieillesse font-elles référence aux familles d'accueil? Quelle place est accordée aux familles d'accueil dans les politiques sociales en faveur des personnes âgées? L'évaluation quantitative relatée dans le numéro 15 de « L'accueil familial en revue » montre que les départements ont vu se développer de manière significative, ou au contraire, diminuer massivement, les familles d'accueil de personnes âgées entre les recensements de 1996 et de 2002. La compréhension de ces écarts pourrait nous permettre de continuer la réflexion.

À cette étape du travail, j'ai conscience d'avoir davantage ouvert de portes pour continuer la recherche qu'apporter de réponses aux questions posées. Si l'invisibilité de l'accueil familial a motivé cette étude, je pense pouvoir apporter ma modeste contribution par mon travail de formatrice de travailleurs sociaux.

En forme de conclusion provisoire, je dirais : sortir de l'ombre et promouvoir cet accueil est nécessaire pour répondre aux besoins de prise en charge des personnes âgées et demande l'implication de tous.

1 - Ce texte est une synthèse du travail de Josette Guillamin dans le cadre de l'obtention du diplôme universitaire d'étude des pratiques sociales (Toulouse II Le Mirail, septembre 2003). Il a également fait l'objet d'une présentation lors des journées d'étude organisées par l'IFREP en décembre 2004

2 - C. Bonardi et N. Roussiau, « Les représentations sociales », Topos DONOD, 1999

3 - « L'implication professionnelle dans le travail social », L'Harmattan, 1998

ÉVALUER LES EFFETS THÉRAPEUTIQUES D'UN SERVICE D'ACCUEIL FAMILIAL POUR ADULTES

Frédérique REPESSE

psychologue clinicienne
Centre hospitalier d'Évreux (27)

Cette étude a été réalisée au sein du service d'accueil familial thérapeutique (AFTA) de l'hôpital P. Janet du Havre afin de mettre en avant ses effets thérapeutiques. La recherche a concerné les dossiers de 86 patients pris en charge entre 1985 et 2002. Les résultats observés ont été concluants puisque 73% des prises en charge ont bénéficié d'un effet thérapeutique, dans le sens où le service d'AFTA a eu un rôle déterminant dans le devenir de ces patients.

Cette étude a permis d'élaborer un outil de mesure des effets thérapeutiques d'un service d'accueil familial, et de caractériser explicitement ses modalités de fonctionnement.

1. PRÉSENTATION DU SERVICE

L'objectif principal du service d'AFTA est la réinsertion sociale de personnes hospitalisées en psychiatrie adulte, pour lesquelles une évolution est possible sur le plan comportemental. On propose au patient volontaire de se confronter à des relations sociales quotidiennes, de s'intégrer dans une dynamique relationnelle, ce qui lui permettra d'obtenir une reconnaissance par autrui de lui-même en tant que sujet intégré dans un groupe. Nous cherchons à susciter chez un patient hospitalisé le désir de sortir de l'hôpital en prenant un appartement thérapeutique ou individuel, en allant en foyer thérapeutique ou d'hébergement, en retournant dans sa famille... Dans cette perspective, l'accueil familial constitue une forme d'étayage pour le patient stabilisé. Le moyen le plus utilisé sera l'accueil séquentiel, en alternance avec des séjours dans le lieu de vie habituel du patient, celui-ci encadré par d'autres services hospitaliers (pavillon d'hospitalisation, hôpital de jour, foyer thérapeutique ou extrahospitalier).

2. L'ACCUEIL FAMILIAL THÉRAPEUTIQUE SÉQUENTIEL

Nous avons postulé que seul l'accueil familial séquentiel, par opposition à l'accueil familial à temps plein, pouvait être considéré comme thérapeutique du fait de ses caractéristiques de fonctionnement. Le terme « séquentiel » fait référence à des séquences de temps que les

patients passent en famille d'accueil, et qui incluent plusieurs ruptures dans une continuité, c'est-à-dire dans la chronicité de leur vie hospitalière. Le fait d'empêcher le sujet de se chroniquer dans un lieu de vie est peut-être la clé qui permet d'obtenir des effets thérapeutiques lors des prises en charge. La durée des séjours est déterminée par les membres de l'équipe d'AFTA qui prennent en compte, pour cela, les besoins, les aptitudes et l'état psychologique de la personne. Le rythme des séjours en famille d'accueil et des retours dans le lieu de vie habituel se définit par sa souplesse et sa flexibilité. Ainsi, si la décision initiale n'est pas concluante, l'AFTA pourra proposer un autre aménagement.

Nous avons souhaité, lors de cette recherche, mettre en avant le profil des patients pris en charge à temps plein, et le comparer avec celui des sujets pris en charge en séquentiel. Dans l'accueil familial à temps plein, on propose un hébergement dans un cadre plus chaleureux avec une insertion relationnelle. Sur les 86 patients, 13 ont été dans cette situation, mais cette prise en charge ne peut-être considérée que comme une évolution possible : en aucun cas cette éventualité ne sera présentée comme le projet thérapeutique initial, et tous les patients réalisent dans un premier temps des accueils familiaux thérapeutiques séquentiels.

La majorité des patients en accueil à temps plein sont des personnes âgées au long parcours hospitalier qui sont parvenues à se stabiliser au sein d'une famille d'accueil. Ils ont atteint un niveau d'autonomie important, mais cet acquis serait perdu si les séjours en famille cessaient.

Les prises en charge des patients effectuant des accueils familiaux thérapeutiques séquentiels ne se ressemblent pas ; chaque projet thérapeutique est individuel. Les patients ne restent pas au sein du service le même nombre d'années, ils ne réalisent pas le même nombre d'accueils durant l'année et ils ne connaîtront pas le même nombre de familles d'accueil.

Durée, en nombre d'années, de la prise en charge des patients :

54% des prises en charge ont duré une ou deux années consécutives. Un seul patient fut, par la suite, pris en charge à temps plein. Pour certains patients, les accueils en famille peuvent durer plus longtemps et s'étendre sur seize années.

Nombre d'accueils effectués en famille

52% des prises en charge réalisent un minimum de trois séjours et un maximum de vingt séjours en famille d'accueil. 16 patients n'ont effectué qu'un ou deux séjours, et 12 autres ont pu réaliser un nombre plus important de séjours. Concernant les 13 patients pris en charge à temps plein, le nombre d'accueils séquentiels antérieurs au changement de statut est variable.

Nombre de familles d'accueil que le patient a connues durant sa prise en charge

Lorsque la candidature d'un patient est approuvée, on lui propose une famille d'accueil. Cette décision peut être revue et l'on peut proposer une autre famille d'accueil, soit parce que la famille d'accueil initiale décide d'arrêter de travailler (retraite, démission, maladie...), soit par choix thérapeutique en vue d'une réorientation décidée par l'équipe, lorsque la famille a permis au sujet d'atteindre un niveau d'autonomie nécessitant un cadre d'accueil plus adéquat, dans une autre famille ou dans un autre service hospitalier. Il arrive également que certains patients représentent des prises en charge trop difficiles pour une seule famille d'accueil. C'est pourquoi on peut proposer au patient d'alterner ses séjours entre deux familles, tout en maintenant des retours au sein de son lieu d'habitation d'origine (sauf pour l'accueil à temps plein). Pour 46 des 86 patients, soit 54%, les prises en charge s'effectuent dans une seule famille d'accueil, et parmi ces 46 patients, 3 ont été pris en charge par la suite à temps plein.

3. LA POPULATION CONCERNÉE PAR CE MODE D'ACTION THÉRAPEUTIQUE

L'AFTA s'adresse aux sujets considérés comme stabilisés au niveau de leurs symptômes et pouvant tendre à s'adapter à l'extérieur des institutions s'ils sont accompagnés dans les actes de la vie courante. Le patient doit adhérer au projet d'accueil et exprimer un réel désir de changement. L'équipe se doit d'éviter toutes perturbations de l'équilibre familial, et l'accueilli se doit d'accepter le cadre qui lui est proposé.

Sur un total de 86 patients, on observe une majorité d'hommes, environ 56%. Les patients ont entre 16 et 61 ans mais, dans 55% des cas, ils ont entre 30 et 49 ans.

L'ensemble des patients se retrouve dans les cinq catégories sémiologiques : 5% souffrent de troubles de l'humeur (maladie maniaco-dépressive, dépression majeure, dysthymie et autres troubles dépressifs), 13% ont des troubles névrotiques (troubles anxieux, phobiques, obsessionnels, compulsifs, somatoformes ou états de stress post-traumatique), 13% sont dans la catégorie des troubles du comportement associés à une détérioration organique (trouble mental dû à une affection médicale générale ou induit par une substance : syndrome démentiel, handicap physique, alcoolisme...), 34% sont concernés par les psychoses de l'enfance qui comprennent les troubles autistiques, 36% souffrent de psychose chronique dissociative (schizophrénie) ou non-dissociative (délire paranoïaque et psychose hallucinatoire chronique). On remarque que 70% des patients pris en charge sont psychotiques, qu'il s'agisse d'une psychose chronique dissociative ou non-dissociative, ou encore d'une psychose de l'enfance.

Dans cette étude, en plus de ces 5 regroupements sémiologiques, nous avons choisi de mettre en avant le pourcentage de sujets souffrant d'alcoolisme, soit environ 15 % des patients. Cette pathologie est souvent un critère d'exclusion à l'admission de patients dans de nombreuses structures. Ce n'est pas le cas de l'AFTA. Nous avons souhaité savoir s'il était possible de mettre en place une prise en charge de qualité avec des patients souffrant de cette pathologie.

4. IL EXISTE UN LIEN ENTRE LE LIEU DE VIE HABITUEL DU PATIENT, LE SERVICE HOSPITALIER DONT IL DÉPEND ET LE PROJET THÉRAPEUTIQUE MIS EN PLACE

L'observation de cette corrélation illustre le fonctionnement de l'unité d'AFTA du Havre. Nous travaillons en collaboration avec d'autres services hospitaliers. Il s'agit ainsi d'une équipe pluridisciplinaire qui, avec la participation du patient, va élaborer un projet thérapeutique individuel déterminant les grands axes de sa prise en charge.

Dans 53% des cas, les personnes vivent dans le pavillon d'hospitalisation de leur secteur psychiatrique d'appartenance.

Il existe une corrélation entre le lieu de vie habituel du patient et le service hospitalier partenaire de l'AFTA dans sa prise en charge. L'AFTA travaille en collaboration avec des services intra-hospitaliers (le pavillon d'hospitalisation et l'hôpital de jour), un service extrahospitalier (le CATTP) et avec une structure intersectorielle (le foyer thérapeutique). On distingue les patients qui vivent au sein de l'hôpital (dans un pavillon d'hospitalisation) de ceux qui demeurent à l'extérieur de l'institution mais qui restent pris en charge dans l'un de ses services hospitaliers (à l'hôpital de jour, au CATTP ou au foyer thérapeutique).

L'AFTA travaille à 60% avec le pavillon d'hospitalisation, ce qui s'explique par le fait que la majorité des patients demeure dans ce service intra-hospitalier depuis plusieurs années.

Parmi les patients qui ont un domicile personnel, 19% sont pris en charge en hôpital de jour, et 6% en CATTP. Et 9% des patients vivent dans un foyer thérapeutique, sans dépendre ni de l'hôpital de jour, ni du CATTP. Ainsi le référent de la prise en charge sera le foyer.

L'AFTA a pris en charge directement 7% des patients dans le cadre d'une prévention à l'hospitalisation. Ces personnes étaient sectorisées et le service travaillait en collaboration avec le médecin de leur secteur géographique d'origine. Cette situation a changé en 1997, date de la création du CATTP qui explique le faible pourcentage de patients pris en charge par ce dernier, mais ce chiffre augmentera dans les années à venir. Actuellement, l'AFTA ne prend plus en charge directement de patients.

Le projet thérapeutique mis en place dépend le plus souvent du niveau d'autonomie du sujet et de ses capacités d'insertion sociale. Dans l'ordre, le patient ayant un faible niveau d'autonomie dépend, le plus souvent, d'un pavillon d'hospitalisation où il est pris en charge à temps plein. Puis, il y a l'hôpital de jour qui s'occupe de la personne durant la journée. Le foyer accompagne le patient dans son lieu de vie et le CATTP prend en charge le sujet quelques heures durant la semaine.

Le projet pour le patient pris en charge par l'hôpital de jour et le CATTP est son maintien dans son appartement personnel. En effet, il s'agit de lui permettre de reprendre des habitudes sociales et relationnelles afin de l'aider à rester dans son lieu de vie habituel et de lui éviter des hospitalisations du fait d'une solitude trop pesante. Nous pensons que, dans les cas où l'état psychologique d'une personne rend impossible le retour au domicile, une prise en charge extra-hospitalière serait insuffisante et une hospitalisation complète n'apparaît pas souhaitable. La prise en charge en accueil familial, en collaboration avec un autre service hospitalier, semble être une bonne solution pour favoriser son épanouissement au sein d'un milieu naturel de vie où elle est acceptée et intégrée.

Comme nous l'avons vu, la majorité des patients provient d'un pavillon d'hospitalisation. Cela explique que, dans 49 % des cas, le projet thérapeutique proposé dans un premier temps consiste à évaluer leurs capacités d'autonomie mises à mal par une longue hospitalisation. Cela se fera par la mise en place d'un ou plusieurs accueils d'évaluation de quatre jours en famille. Après cette période, plus ou moins longue selon les patients, permettant l'installation de relations stables avec la famille, on pourra mettre en place un projet thérapeutique d'une autre nature, toujours dans le but de promouvoir l'autonomie de la personne, sa réinsertion sociale et sa socialisation. Mais avant cela, elle devra apprendre à vivre avec les autres, trouver sa place dans une dynamique relationnelle et, sur un plan plus matériel, apprendre à tenir une maison, participer aux tâches ménagères... Ces acquisitions deviennent possibles avec l'aide des familles.

5. LES EFFETS THÉRAPEUTIQUES DE L'AFTA

Lorsque l'alliance AFTA – famille d'accueil – patient a été le catalyseur de changements durables chez ce dernier, on considère que la prise en charge a engendré des effets thérapeutiques dans le sens où ces changements ont favorisé une évolution positive de l'état psychologique de la personne qui a atteint un meilleur niveau d'autonomie et une meilleure qualité d'insertion sociale. Par contre, il peut arriver que la pathologie du patient constitue une barrière infranchissable et que les efforts thérapeutiques de l'équipe d'AFTA et des familles d'accueil restent sans effets. La prise en charge a alors été inopérante sur le plan thérapeutique.

Afin de déterminer la présence ou non d'effets thérapeutiques, nous avons comparé la situation de vie des 86 patients à leur entrée dans le service avec leur situation à la fin de leur prise en charge. 63 patients, soit 73%, ont bénéficié d'un meilleur niveau d'autonomie et d'une meilleure qualité d'insertion sociale. Par contre, pour 23 patients, soit 27%, l'équipe n'a pas constaté de changements positifs.

Concernant les devenirs positifs : 41% des patients ont obtenu ou ont été maintenus dans leur appartement individuel. 6% ont obtenu un appartement thérapeutique ou une chambre dans une maison communautaire. 6% ont été suivis jusqu'à leur admission en maison de retraite. 13% ont pu quitter le pavillon d'hospitalisation complète de leur secteur d'appartenance afin de vivre au sein d'un foyer thérapeutique ou d'hébergement. 3% sont retournés vivre au sein de leur famille. 6% des patients sont encore pris en charge par l'AFTA et, les membres de l'équipe ont pu constater des progrès en termes d'autonomie et d'insertion sociale.

L'accueil en famille à temps plein est considéré comme un devenir positif dans le sens où l'équipe le propose lorsqu'elle considère que le patient a développé au mieux ses capacités, et que cesser les séjours en famille d'accueil aurait des conséquences néfastes sur son état psychologique. Sur les 13 patients séjournant à temps plein en famille d'accueil, 3 bénéficient également d'une prise en charge en CAT, soit 5% des prises en charge positives.

Concernant les 23 patients pour lesquels l'accueil familial n'a pas eu d'effets positifs, 74% sont retournés vivre en pavillon d'hospitalisation dans l'attente d'un mode d'action thérapeutique plus adapté à leur état psychologique. Et il arrive aussi que des patients n'aillent plus en famille d'accueil, soit du fait de leur volonté, soit du fait que la famille n'accepte plus de les recevoir. L'arrêt soudain de l'accueil représente environ 22% des prises en charge négatives.

Pour un patient dont la prise en charge est en cours, nous n'avons pas pu, pour le moment, observer d'effets thérapeutiques sur son comportement. Néanmoins, il possède un potentiel évolutif, dans le sens où il semble toujours adhérer au projet d'accueil et de soins.

CONCLUSION

L'accueil familial d'adultes hospitalisés en psychiatrie a constitué un véritable outil thérapeutique pour 73% des sujets. La réussite d'une prise en charge résulte de plusieurs facteurs : un cadre de pensée favorisant la réflexion commune, la souplesse et la flexibilité d'esprit, le travail en collaboration entre les partenaires de la prise en charge (membres de l'équipe, services hospitaliers, familles d'accueil et patient) sous l'angle d'une confiance mutuelle, chacun allant dans le sens d'un objectif commun, celui de réaliser le désir que le sujet a de sortir de l'hôpital en l'empêchant de se chroniciser dans ce lieu de vie et en l'amenant à prendre de la distance par rapport à ses fantasmes de complétude que lui offre l'institution. Tout simplement en lui permettant d'interagir avec autrui afin de travailler à rester vivant.

Nous avons aussi noté qu'il n'avait pas été possible de dessiner un profil de patients pouvant expliquer l'obtention d'effets thérapeutiques en prenant, comme points de référence, son lieu de vie habituel, le service hospitalier référent et le projet thérapeutique initial mis en place. Ainsi, lorsqu'un patient se présente à l'AFTA, on ne peut prédire ce qu'il deviendra avec l'aide des membres de l'équipe et de la famille d'accueil. Cela dépendra, en grande partie, de ses propres choix et de ses actes. Le service d'AFTA représente alors un cadre dont le rôle essentiel sera de le soutenir et de l'orienter tout au long de ses démarches.