



**INSTITUT REGIONAL DU TRAVAIL  
SOCIAL  
DE LA REUNION**  
1, rue Sully Brunet – 97470 Saint Benoît

ENGAGEMENT  
HUMANISME  
ALTÉRITÉ

Diplôme d'Etat D'Assistant-e de Service Social  
Session 2012-2015

DOMAINE DE COMPETENCES N°2

Lorsque la psychiatrie organise le soin par la socialisation des  
personnes atteintes de troubles mentaux

...

DEASS 2012-2015    NIFAUT Emmanuelle

**Table des ma-**

<b>1. Définition des troubles mentaux.....</b>	<b>9</b>
<b>2. Les conséquences.....</b>	<b>10</b>
<b>a. Des représentations sociales.....</b>	<b>10</b>
<b>La loi du 11 février 2005 formalise le rôle décisionnaire de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) pour les orientations vers les Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) adaptés aux besoins des personnes. En d'autres termes, l'intervention des établissements et services spécialisés n'est possible que sur notification de décision de la CDAPH.....</b>	
<b>3. Structures d'accueil.....</b>	<b>14</b>
<b>b. Une pratique peu développée.....</b>	<b>15</b>
<b>Sous plusieurs angles, l'AFT présente des avantages avérés pour les patients, les professionnels, la caisse de Sécurité Sociale et la société en générale dans la mesure où elle crée de l'emploi et n'encourage pas la stigmatisation.....</b>	
<b>Pourtant, le magazine Actualités Sociales Hebdomadaires publie un article approuvant l'intérêt de l'AFT et son manque d'extension : « La formule, qui a fait ses preuves, n'est pourtant pas très développée ». Joëlle CHAMBON, administratrice de l'association FAMIDAC et famille d'accueil thérapeutique (FAT) en Gironde confirme cette idée et estime qu' « il y aurait moins de 1 000 familles d'accueil thérapeutique en France, chacune pouvant recevoir un maximum de trois personnes. Tout en avançant une fourchette supérieure – 1 500 à 2 500 familles d'accueil –, le directeur de l'IFREP déplore la perte d'intérêt de la psychiatrie pour cet outil ».....</b>	<b>15</b>
<b>1. Historique et origine.....</b>	<b>16</b>
<b>2. Cadre législatif.....</b>	<b>17</b>
<b>3.Fonctionnement général :.....</b>	<b>19</b>
<b>a. Différence AFS-AFT.....</b>	<b>19</b>
<b>b. Les objectifs généraux de l'AFT.....</b>	<b>21</b>
<b>c. Le profil de l'accueilli.....</b>	<b>21</b>
<b>d. La famille d'accueil.....</b>	<b>22</b>
<b>e. La durée.....</b>	<b>23</b>
<b>1. Le contexte institutionnel.....</b>	<b>25</b>

<i>a. Le dépistage des troubles mentaux et l'outil de référence.....</i>	<i>25</i>
<i>b. Les effets de l'établissement de soins sur les personnes.....</i>	<i>26</i>
<i>c. Des orientations en AFT en croissance.....</i>	<i>29</i>
<i>d. L'émergence du projet AFT.....</i>	<i>30</i>
<b>L'accompagnement médical.....</b>	<b>32</b>
<b>L'accompagnement social.....</b>	<b>33</b>
<b>La famille d'accueil thérapeutique.....</b>	<b>35</b>
<i>b. L'accueilli.....</i>	<i>36</i>
<b>La réhabilitation psychosociale.....</b>	<b>36</b>
<b>3. Etude systémique des acteurs.....</b>	<b>44</b>

## Liste des sigles utilisés

AAH	Allocation Adulte Handicapé
AFS	Accueil Familial Social
AFT	Accueil Familial Thérapeutique
ARSOI	Agence Régionale de Santé Océan Indien
ASS	Assistant de Service Social
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail
CATTP	Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel
CIM	Classification Internationale des Maladies
CCDH	Commission des Citoyens pour les Droits de l'Homme
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CME	Commission Médicale de l'Etablissement
CNCPH	Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées
CRAVS	Centre de Ressources pour Auteurs de Violences Sexuelles
CROSMS	Commissions Régionales de l'Organisation Sanitaire et Médico-Sociale
DREES	Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EAS	Echelle d'Autonomie Sociale
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPSMR	Etablissement Public de Santé Mentale de la Réunion
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
FAO	Foyer d'Accueil Occupationnel
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FAT	Famille d'Accueil Thérapeutique
FHTH	Foyer d'Hébergement pour Travailleurs Handicapés
FIPHPF	Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique
FSL	Fond Solidarité Logement
MAS	Maison d'Accueil Spécialisé
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PACT	Psychose Aider Comprendre Traiter
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé
SMPR	Service Médico-Psychiatrique Régional
UNAFAM	Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux

## INTRODUCTION

Le domaine des troubles mentaux est source d'interrogations. Appartenant aux champs de la médecine et des sciences humaines, ils paraissent en croissance dans notre société. En effet, « *l'augmentation de la prévalence des maladies mentales est une préoccupation pour l'ensemble des pays européens et plus particulièrement pour la France<sup>1</sup>* ». 1 personne sur 5 en France est touchée par la maladie mentale soit 12 millions de personnes au moins<sup>2</sup>. C'est pour cette raison que ce sujet attire toute mon attention en tant que citoyenne et en tant que future Assistante de Service Social (ASS).

Chacune des maladies mentales a ses spécificités, et une même maladie peut se manifester de différentes façons selon la personne. Pourtant, toutes ces personnes ont en commun un phénomène d'exclusion qui se dessine concomitamment avec la maladie comme par exemple une fragilisation des liens familiaux. Cela m'a suscité des questionnements tels que : quelle place occupent ces personnes au sein de la société ? Comment les professionnels travaillent au quotidien à leurs côtés ? Qu'est ce qui existe au niveau étatique pour lutter contre leur exclusion ?

C'est ainsi que j'ai découvert l'Accueil Familial Thérapeutique (AFT) qui a pour vocation de réinsérer socialement les personnes souffrant de troubles mentaux. L'arrêté du 1<sup>er</sup> octobre 1990 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services d'accueil familial thérapeutique régit cette pratique. D'après l'article 1<sup>er</sup>, « *Les services d'accueil familial thérapeutique organisent le traitement des personnes de tous âges, souffrant de troubles mentaux susceptibles de retirer un bénéfice d'une prise en charge thérapeutique dans un milieu familial substitutif stable, en vue notamment d'une restauration de leurs capacités relationnelles et d'autonomie<sup>3</sup>* ». Cet arrêté stipule que tout établissement assurant le service public hospitalier et participant à la lutte contre la maladie mentale (mentionnés dans l'article L.326 du code de la santé publique) peut proposer ce service.

Bien que l'AFT s'adresse aussi aux enfants, je m'intéresserai aux adultes au vu de mes expériences : animation auprès d'un public adulte en situation de handicap mental, réalisation d'un stage au sein d'une Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail (CARSAT) et au sein de l'Etablissement Public de Santé Mentale de La Réunion (EPSMR) pratiquant l'AFT.

<sup>1</sup> Rapport Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie présenté au Ministre de la santé et des sports établi par Monsieur Edouard COUTY Conseiller Maître à la Cour des Comptes en janvier 2009

<sup>2</sup> P879-886 CHEVREUL Karine, PRIGENT Amélie, BOURMAUD Aurélie, LEBOYER Marion et DURAND-ZALESKI Isabelle, Article de Européa, Neuropsychopharmacology, 2013

<sup>3</sup> Consulté le 22/01/2015 sur le site <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORF-TEXT000000343769&dateTexte=>

Ce dernier stage m'a permis d'étoffer mes connaissances en la matière et d'apporter des illustrations concrètes de situations.

## MOTIVATIONS PERSONNELLES

En première année de formation d'ASS, j'étudie différents phénomènes sociaux. En perpétuel questionnement sur un sujet de mémoire en travail social, cette thématique a été choisie au fil de mes expériences.

J'ai exercé la profession d'animatrice de séjours de vacances adaptés aux personnes en situation de handicap mental. J'ai passé deux semaines avec huit vacanciers âgés de 21 à 56 ans. La plupart des personnes étaient issues d'instituts spécialisés tels que les Etablissements et Services d'Aide par le Travail, ils avaient une « moyenne » ou une « bonne » autonomie. Mes missions consistaient à vérifier la prise de médicaments, les soutenir dans les gestes du quotidien, animer le séjour par des activités intérieures et extérieures, veiller à l'entretien des locaux et de cuisiner les repas.

Nous avons été ensemble depuis le petit-déjeuner jusqu'au coucher. Cette proximité a amené certains à me confier leur récit de vie parfois très difficile. Un homme de 56 ans a été placé dans un orphelinat français dès son plus jeune âge. D'origine Bulgare, il m'a fait part de quelques souvenirs de sa famille d'origine et de sa méconnaissance de leur histoire. Par ailleurs, je me souviens également d'un homme de 42 ans qui m'a expliqué que depuis sa maladie, il a perdu son emploi, a divorcé et ne voit plus régulièrement ses enfants. Dès lors, j'ai pu constater que la maladie mentale entraînait une certaine désocialisation.

Par ailleurs, ayant conversé avec certains proches des vacanciers, la mère d'un participant m'a confié qu'il n'est pas évident de cohabiter avec une personne en situation de handicap mental. Elle a rajouté que ces vacances lui permettent de « *souffler un peu* ».

Les vacanciers ont tenu le programme du séjour, ils ont tous contribué aux activités et au bon déroulement de l'organisation qu'implique la vie en groupe. Le séjour s'est déroulé dans un cadre convivial et divertissant. J'ai pu observer que durant cette expérience professionnelle, la participation des vacanciers aux tâches quotidiennes semble avoir produit des effets positifs. Ce rythme de vie, bien que différent de celui de l'institution a certainement contribué à l'épanouissement personnel des vacanciers. Bien qu'il s'agit d'une vie de groupe avec ses contraintes de la vie quotidienne, celles-ci sont différentes au sein d'une maison car elles sont les mêmes que les personnes habitant un logement en toute autonomie.

Dès lors, je me suis renseignée sur les dispositifs qui permettent de travailler dans cette dynamique hors institution. C'est ainsi que j'ai découvert l'AFT. Comme les vacanciers, les accueillis en AFT se trouvent aussi dans un rythme de vie organisé dans un climat familial, avec un mode de vie « commun » et non institutionnel.

Ce type d'accueil permet aux personnes atteintes de troubles mentaux d'intégrer un foyer familial et cet environnement est considéré comme thérapeutique, ce qui favoriserait leur réinsertion sociale. Je chercherai alors ce qui se passe au sein de la famille soignante pour qu'on l'a considère comme thérapeutique.

## MOTIVATIONS PROFESSIONNELLES

Durant mon parcours, j'ai eu l'occasion d'effectuer un stage de deuxième année au sein de la CARSAT. J'ai approché un public en arrêt maladie ou bénéficiaire d'une pension d'invalidité, assuré au régime général de la Sécurité Sociale.

A travers cette expérience, j'ai rencontré quelques personnes atteintes de maladies psychiques et mentales. D'après les professionnels rencontrés pendant ce stage, de plus en plus de personnes accueillies au service social sont atteintes de ces troubles. Certaines lectures l'ont réaffirmé. Selon un rapport élaboré par le ministère de la santé et des solidarités<sup>4</sup>, « *Les travailleurs sociaux expriment des difficultés voire un réel malaise, du fait de l'importance grandissante de situations qu'ils ont à traiter, dans lesquelles la dimension psycho-sociale des problèmes ou le trouble psychique de l'utilisateur sont présents, de façon plus ou moins manifestes* ». Ce document s'adresse aux travailleurs sociaux de tous milieux professionnels susceptibles d'accueillir ces personnes afin de leurs apporter des outils permettant d'accompagner au mieux le public.

Lors des entretiens menés avec ces personnes, bien que la question du lien familial soit difficilement abordable, certaines expliquent que les liens familiaux se fragilisent du fait de la maladie. Ce qui m'a fait écho à mes expériences personnelles citées ci-dessus. Je me suis demandée pourquoi la personne et la famille s'éloignent alors qu'ils ont d'autant plus besoin de solidarité ? Sachant que la famille est la première instance de socialisation, je me suis questionnée sur l'apparition de l'exclusion des personnes causée par la pathologie. Ainsi j'ai porté un intérêt particulier à l'égard de ce public car j'ai vu une certaine forme d'isolement

---

<sup>4</sup> Consulté le 20/01/2015 sur le site [www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/travailleur\\_social.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/travailleur_social.pdf)

qui n'intègre pas ces personnes dans la société. J'ai donc effectué des lectures et interrogé les professionnels pour éclairer mes questionnements.

De cette manière, j'ai réalisé que **cette pratique est peu connue des professionnels du social que j'ai rencontré**. On parle généralement d'accueil familial social mais la spécificité de l'accueil familial thérapeutique requiert souvent une connaissance dans le domaine de la santé mentale.

Alors, j'ai effectué un stage à l'Etablissement Public de Santé Mentale de La Réunion (EPSMR), auprès de deux Assistantes de Service Social positionnées sur l'AFT à hauteur d'une journée par semaine. De par cette expérience, j'ai pu illustrer mes apports théoriques en explorant l'AFT sous toutes ses facettes.

## CONSTATS

### LES CONSEQUENCES SOCIALES

Il est constaté que « les souffrances psychiques » sont souvent liées à l'exclusion et à la précarité. En effet, ces troubles toucheraient les populations qui présentent des situations fragilisées. En 2009, 17 % de la population en situation d'exclusion déclarent avoir en permanence des problèmes de santé. Parmi ces personnes, 6% des sujets signalent spontanément un problème de « *dépression, nervosité ou insomnie*<sup>5</sup> ». **Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la maladie mentale est la 2ème cause de handicap<sup>6</sup>. D'ailleurs, en 2001, 9,4% du budget de la Sécurité Sociale est destiné aux troubles mentaux. Classé par pathologie, ils arrivent en seconde position<sup>7</sup>.**

La maladie mentale entraîne des difficultés à entrer en relation avec l'Autre. Le psychiatre Marcel SASSOLAS avance l'idée que la psychopathologie entraîne une indifférenciation des autres (infirmiers, autres patients etc.)<sup>8</sup>. En ce sens, il entrave la participation à la vie en société.

### L'AFT SEMBLE PRESENTER DES ATOUTS

<sup>5</sup> P22 PERES Rémi, *Thèmes d'actualité sanitaires et sociaux*, édition Vuibert, 2009

<sup>6</sup> Rapport WHR de l'Organisation Mondiale de la Santé 2002

<sup>7</sup> Consulté le 15/01/2014 sur le site [http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/33\\_010405.htm/](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/33_010405.htm/)

<sup>8</sup> P45 SASSOLAS Marcel, *Quels toits pour soigner les personnes souffrant de troubles psychotiques ?* édition érès, 2012

L'AFT fait partie de la boîte à outils « réinsertion » des professionnels. Il est beaucoup moins onéreux que l'hospitalisation ordinaire. En effet, l'association FAMIDAC a fait une moyenne de prix sur 10 établissements. De cette enquête, une journée d'hospitalisation en psychiatrie coûte 650€ alors qu'une journée d'accueil familial thérapeutique coûte 200€. Selon le magazine économique Le Capital, publie un sondage à ce sujet « *15% des patients qui séjournent à l'hôpital ne devraient pas y être. Gaspillage estimé : 2,8 milliards d'euros par an<sup>9</sup>* ».

Hormis les avantages financiers, le milieu familial permet une proximité qui se peut rassurante pour la personne accueillie car la famille au sens traditionnel du terme peut renvoyer à un cadre sécurisant de par les liens familiaux généralement très forts. Symboliquement, il intègre une famille. Cela peut nous amener à penser que cette dimension sociale pourrait réengager la socialisation des personnes et à long terme favoriser la réinsertion. D'où le pari d'une reconstruction psychique sur des bases primaires.

## UNE PRATIQUE PEU DEVELOPPEE

Cependant, cet outil professionnel me paraît peu connu lorsque j'échange avec des professionnels bien qu'elle soit exercée depuis plus de 30 ans à l'EPSMR. Elle a été sans cesse en évolution pour aboutir au savoir-faire actuel.

Comparée à d'autres départements, La Réunion dispose d'un faible taux d'équipement en AFT. A titre d'exemple, il existe 220 places en 2008<sup>10</sup> avec une population de 342 807 habitants<sup>11</sup> dans le département de l'Allier alors que la même année, l'île compte 75 places en 2012<sup>12</sup> pour 828 054 habitants. Cet écart s'explique pour diverses raisons d'ordres géographiques, institutionnelles, organisationnelles, culturelles etc. Il est à considérer que l'hôpital interdépartemental d'Ainay le Château<sup>13</sup> est « *le seul établissement à pratiquer l'AFT à une aussi grande échelle<sup>14</sup>* ». Serait-il pertinent d'encourager le développement de ce dispositif localement ? Quel est le positionnement des pouvoirs publics ?

Le projet régional de santé de La Réunion et de Mayotte présente un plan d'action concernant la période 2012-2016. A travers le Schéma Régional d'Organisation des Soins

<sup>9</sup> Capital n° 144, septembre 2003

<sup>10</sup> Consulté le 06/04/2014 sur le site <http://www.famidac.fr/article20.html>

<sup>11</sup> Consulté le 06/04/2014 sur le site [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg\\_id=10&ref\\_id=16992](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=10&ref_id=16992)

<sup>12</sup> P15 STATISS Statistiques et indicateurs de la Santé et du Social 2012 océan indien

<sup>13</sup> Ville française située dans le département de l'Allier

<sup>14</sup> HELFE Caroline, *Accueil Familial thérapeutique : une autre façon de prendre soin*, Actualités Sociales Hebdomadaires n° 2795 du 01/02/2013

(SROS), l'ARSOI invite les secteurs en psychiatrie à rendre les services plus accessibles et diversifier les modes de prise en charge en développant des alternatives à l'hospitalisation comme l'AFT. En effet, parmi les objectifs fixés dans les modalités de coopération et de coordination, il est précisé qu'il est nécessaire d'« étoffer l'offre de soins de réhabilitation et réadaptation psychosociale » après l'hospitalisation à temps plein notamment en AFT.

## QUESTION DE DEPART

Mes expériences personnelles et professionnelles m'amènent à me questionner sur l'exclusion des personnes atteintes de troubles mentaux. J'entends des personnes altérées par des symptômes qui tendent vers la désocialisation. Mon intérêt est de savoir ce qu'apporte le milieu familial « substitutif » pour ce public spécifique.

Dans le cadre de ce travail de recherche, il me paraît pertinent de me pencher sur ce que signifie le terme « troubles mentaux ». Il s'agirait de comprendre les caractéristiques de ces troubles afin de mieux cerner d'une part ce que vivent les personnes qui y sont atteintes et d'autre part l'intérêt ou le désintérêt de l'AFT.

L'AFT vient répondre au besoin de réinsertion. Cette forme d'accueil revêt plusieurs aspects d'ordres humains, administratifs, législatifs, organisationnels. Ces composantes seront explorées et ses effets interrogés.

En stage, dans le souci d'accompagner les patients dans leurs projets, je me demande ce que leur procure l'AFT. S'intéresser à leurs parcours permettrait de prendre de la distance et de constater les impacts du passage en AFT.

J'apporterai des éléments de compréhension de cette pratique en posant la question de départ suivante :

**En quoi l'AFT pourrait faciliter la réinsertion sociale des personnes atteintes de troubles mentaux ?**

## CADRE CONTEXTUEL

### I. LES TROUBLES MENTAUX

#### 1. Définition des troubles mentaux

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les troubles mentaux « regroupent un vaste ensemble de problèmes, dont les symptômes diffèrent. Mais ils se caractérisent généralement par une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de rapports avec autrui anormaux<sup>15</sup> ». Si l'on reprend cette définition, les personnes atteintes de ces troubles auraient surtout des difficultés de l'ordre de l'émotif et du relationnel. Cela pourrait concerner les sphères familiales, professionnelles, de voisinage etc. ou dans la relation que la personne entretient avec elle-même. De ce que j'ai pu voir en psychiatrie, les services de santé interviennent par l'intermédiaire des proches. Ce qui interroge sur l'état des relations interfamiliales.

Toujours d'après l'OMS, la santé mentale est « un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté<sup>16</sup> ». De cette définition, on peut comprendre que lorsqu'une personne se fait soigner de troubles mentaux, on va travailler sur ses capacités à participer et contribuer à la vie en société. Les caractéristiques de ces pathologies font que « l'organisation qui est en cause, comme l'organisation du temps, l'anticipation des conséquences d'un acte, la possibilité de communiquer de façon participative, mémoriser, concevoir les réactions des autres...<sup>17</sup> ».

## 2. Les conséquences

### a. *Des représentations sociales*

Les représentations sociales de la santé mentale sont à mettre en lien avec l'histoire de la psychiatrie dans notre société. Il semble qu'elles existent depuis toujours. Selon Claude QUETEL<sup>18</sup>, historien spécialiste de l'histoire de l'« enfermement » et de la psychiatrie, c'est la Grèce qui s'est tout d'abord penchée sur la question des « fous ». Ceux-ci étaient soignés par un « prêtre-médecin » à qui ils racontaient leurs rêves. Selon leur cas, ce dernier leur prescrivait remèdes et régimes. On était déjà dans une approche thérapeutique. A certaines époques, la folie est considérée comme « un châtement envoyé aux hommes en proie à la

<sup>15</sup> Consulté le 12/11/2013 sur le site de l'Organisation Mondiale de la Santé [http://www.who.int/topics/mental\\_disorders/fr/](http://www.who.int/topics/mental_disorders/fr/)

<sup>16</sup> Consulté le 22/01/2015 sur le site <http://www.sante.gouv.fr/introduction.html>

<sup>17</sup> Consulté le 20/01/2015 sur le site <http://www.unafam.org/-Le-handicap-psychique-.html>

<sup>18</sup> P 21 QUETEL Claude, *Histoire de la folie, de l'antiquité à nos jours*, édition Tallandier, 2009

démesure<sup>19</sup> ». Ici, la folie s'apparente à un caractère de radicale punition, de péché. En somme, des représentations négatives existent depuis très longtemps.

Aujourd'hui, ces représentations sociales subsistent et freinent la participation à la vie en société. D'ailleurs, Jean MALLOT, député du département de l'Allier critique la législation concernant l'AFT<sup>20</sup>. Selon lui, il y a confusion entre délinquance et maladie mentale puisque l'on parle d'approche sécuritaire au lieu de parler d'approche sanitaire. Il pense cependant que ce dispositif devrait faire l'objet d'une attention particulière de par son originalité et son environnement nouveau proposé aux patients. Il dénonce ainsi à l'Assemblée Nationale un nombre de places limité en AFT.

Par ailleurs, mes propres représentations ont changé en effectuant un stage en service psychiatrique. J'avais la crainte de me faire agresser verbalement ou physiquement. Or, les personnes sont les premières victimes de leur état de santé. L'agressivité présente est due principalement à l'expression de la pathologie. A ce sujet, une accueillante familiale habitant la ville de Saint-André<sup>21</sup> affirme que son entourage s'inquiète pour sa sécurité. Pourtant selon elle, sa famille n'est pas en danger. En 8 ans de pratique professionnelle, elle ne s'est jamais faite agresser. Ce qui démontre encore l'ancrage des représentations.

#### *b. Des possibilités de handicap*

D'après l'analyse d'un chercheur en santé publique à l'INSERM, « *Les troubles graves comme la schizophrénie précèdent souvent la perte du logement, tandis que dépression et troubles anxieux découlent de la dureté de vie dans la rue*<sup>22</sup> ». Ces propos illustrent le handicap engendré par les troubles mentaux.

La définition de référence au handicap est celle de la loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ». Quel est le type de handicap susceptible de concerner les personnes accueillies

---

<sup>19</sup> P 24 QUETEL Claude, *Histoire de la folie, de l'antiquité à nos jours*, édition Tallandier, 2009

<sup>20</sup> Consulté le 06/01/2014 sur le site [http://www.dailymotion.com/video/xhntkd\\_jean-mallot-l-accueil-familial-therapeutique\\_news](http://www.dailymotion.com/video/xhntkd_jean-mallot-l-accueil-familial-therapeutique_news)

<sup>21</sup> Ville française située dans le département de La Réunion

<sup>22</sup> Consulté le 22/01/2015 sur le site

[http://www.invs.sante.fr/publications/2007/prevalence\\_sante/mentale/prevalence\\_sante\\_mentale.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2007/prevalence_sante/mentale/prevalence_sante_mentale.pdf)

en AFT ?

Le ministère français des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes considère que les troubles mentaux peuvent « *entraîner une situation de handicap psychique*<sup>23</sup> ». Cependant, les établissements de soins en psychiatrie sont dénommés « Etablissements Publics de Santé Mentale » alors qu'ils accueillent principalement des personnes atteintes de troubles psychiques. Parle-t-on alors de handicap psychique et/ou mental ? Nous verrons que la signification de ces termes est différente, ce qui peut tendre vers une appréciation erronée. Pour le constater, je me suis référée à deux organismes spécialisés dans le domaine du handicap.

Le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP) apporte une distinction marquée entre le handicap psychique et mental en s'appuyant sur la loi du 11 février 2005 et en mettant en évidence les conséquences qui en résultent : « *Le handicap psychique (autisme, dépression nerveuse, névrose, psychose, schizophrénie...) se traduit par des troubles psychiques ou physiologiques. Ces derniers entraînent des troubles du comportement et du jugement qui peuvent provoquer des difficultés à s'adapter à la vie en société et donc au monde du travail. Il diffère du handicap mental qui concerne des formes variées de déficiences intellectuelles, accompagnées généralement de troubles secondaires au plan du langage, de la motricité, des perceptions sensorielles, de la communication, du discernement*<sup>24</sup> ». *Le handicap psychique serait alors caractérisé par des troubles du comportement et du jugement alors que le handicap mental, par une déficience intellectuelle.*

Par ailleurs, l'association UNAFAM (Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux) est reconnue dans l'accueil, le soutien, et l'information des familles confrontées aux troubles psychiques d'un des leurs<sup>25</sup>. Elle apporte des éléments supplémentaires à cette distinction de la façon suivante :

- *Le handicap mental est la conséquence d'une pathologie identifiable* (traumatisme, anomalie génétique, accident cérébral). Dans ce cas, les capacités intellectuelles n'évoluent pas, la manifestation des symptômes est stable et la prise médicamenteuse est modérée.
- *Le handicap psychique est la conséquence d'une maladie psychique.* La cause reste inconnue. Les capacités intellectuelles sont indemnes et peuvent évoluer de façon convenable. C'est la possibilité de les utiliser qui est déficiente. La prise de médica-

<sup>23</sup> Consulté le 23/12/2014 sur le site <http://www.sante.gouv.fr/introduction.html>

<sup>24</sup> Lettre électronique du FIPHFP n°11 / Juin 2013

<sup>25</sup> Consulté le 22/01/2015 sur le site <http://www.unafam.org/-Qui-sommes-nous-.html>

ments est souvent importante, associée à des techniques de soins visant à pallier et/ou réadapter les capacités à penser et à décider.

Au regard de ces éléments, je m'accorde à dire que les personnes atteintes de troubles mentaux susceptibles d'être accueillis en AFT relèveraient d'un handicap psychique plutôt que mental. « Dans le handicap psychique, c'est l'organisation qui est en cause, comme l'organisation du temps, l'anticipation des conséquences d'un acte, la possibilité de communiquer de façon participative, mémoriser, concevoir les réactions des autres... associés à la non reconnaissance des troubles, à la dénégation (le déni), à l'absence de participation sociale<sup>26</sup> ». En effet, l'objet de l'AFT a pour finalité « une restauration de leurs capacités relationnelles et d'autonomie ». Ce qui suppose que la personne concernée peut présenter une évolution de ces capacités intellectuelles. Celles-ci restent indemnes mais c'est plutôt le comportement et le jugement qui seront travaillés en vue de leur restauration.

La loi du 11 février 2005 formalise le rôle décisionnaire de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) pour les orientations vers les Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) adaptés aux besoins des personnes. En d'autres termes, l'intervention des établissements et services spécialisés n'est possible que sur notification de décision de la CDAPH.

### 3. Structures d'accueil

#### a. *Les Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux*

Plusieurs structures peuvent être sollicitées en fonction du projet de vie du patient, de sa situation, des critères des établissements ou des services spécialisés. Parmi eux, j'ai relevé quelques uns, présents sur le territoire réunionnais qui visent la réinsertion par le logement ou l'emploi<sup>27</sup> :

Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) : Les FAM hébergent des adultes en situation de handicap (de 16 à 60 ans) dont la dépendance ne permet pas l'exercice d'activité professionnelle et qui nécessite un soutien et d'une stimulation constants pour les actes essentiels de la vie courante ainsi que d'un suivi médical et paramédical régulier. Depuis quelques années, des FAM handicap psychique se développent, en lieu et place de foyers de vie. Ces foyers fonctionnent en internat, semi-internat, accueil de jour, accueil temporaire.

<sup>26</sup> Consulté le 22/01/2015 sur le site <http://www.unafam.org/-Le-handicap-psychique-.html>

<sup>27</sup> Consulté le 12/04/2014 sur le site [http://www.lien-social.com/spip.php?article1394&id\\_groupe=8](http://www.lien-social.com/spip.php?article1394&id_groupe=8)

Foyer d'Accueil Occupationnel (FAO) : Un FAO prend en charge des adultes en situation de handicap qui ne sont pas en mesure d'exercer un emploi mais qui disposent d'une certaine autonomie intellectuelle et/ou physique qui ne font pas l'objet d'un suivi médicalisé.

Foyer d'Hébergement pour Travailleur Handicapé (FHTH) : C'est un établissement médico-social, en général annexé à un ESAT, assurant l'hébergement des travailleurs handicapés exerçant une activité pendant la journée en ESAT, entreprise adaptée, ou milieu ordinaire. Les FHTH sont des structures d'hébergement collectif, qui ont pour objectif de placer les résidents dans une dynamique d'insertion sociale, complétant les actions engagées pour leur insertion professionnelle.

Maisons Relais : Forme particulière de résidence sociale, les maisons relais sont des habitats « communautaires » associant un logement privatif à des lieux collectifs. Un hôte (ou un couple d'hôtes) est chargé du fonctionnement de la maison, ainsi que de son animation et de sa convivialité. Ces structures sont destinées à fournir un logement, sans limitation de durée, à des personnes, qui ne peuvent trouver un équilibre de vie dans un logement individuel autonome, en leur permettant de : lutter contre la solitude, en offrant une resocialisation par la fréquentation de lieux collectifs (salle de réunion, cuisine, etc.) ainsi que par des activités collectives (réunions, repas, etc.) ; assurer une certaine sécurité par la présence de l'hôte ; favoriser le lien social ; constituer, pour ceux qui le peuvent, une étape vers l'accès à un logement individuel autonome.

Services d'Accompagnement à la Vie Sociale pour Adultes Handicapés (SAVS et SAMSAH) : Les SAVS permettent à des adultes en situation de handicap de vivre en milieu ordinaire. Ces services proposent une aide pour les tâches de la vie courante et des activités diverses pour rompre avec l'isolement. C'est une des réponses pour les personnes souffrant de troubles psychiques qui souhaiteraient voir ce dispositif étendu.

Appartements accompagnés : Ce sont des appartements gérés par une association qui les met à disposition de personnes présentant un handicap psychique suivies par un service d'accompagnement (Accompagnement social, SAVS ou SAMSAH).

J'ai pu constater en milieu professionnel que les personnes ayant fait la demande d'une orientation en établissement attendent une durée parfois très étendue. Autre ambition, vivre dans un logement individuel conviendrait à grand nombre de personnes. Encore faudrait-il convaincre les propriétaires ou les bailleurs de louer leur appartement à ce public fragile, dont l'isolement entraîne parfois une dégradation des conditions de vie et du logement.

### b. Une pratique peu développée

Sous plusieurs angles, l'AFT présente des avantages avérés pour les patients, les professionnels, la caisse de Sécurité Sociale et la société en générale dans la mesure où elle crée de l'emploi et n'encourage pas la stigmatisation.

Pourtant, le magazine Actualités Sociales Hebdomadaires publie un article approuvant l'intérêt de l'AFT et son manque d'extension : « *La formule, qui a fait ses preuves, n'est pourtant pas très développée*<sup>28</sup> ». Joëlle CHAMBON, administratrice de l'association FAMI-DAC<sup>29</sup> et famille d'accueil thérapeutique (FAT) en Gironde confirme cette idée et estime qu'« *il y aurait moins de 1 000 familles d'accueil thérapeutique en France, chacune pouvant recevoir un maximum de trois personnes. Tout en avançant une fourchette supérieure – 1 500 à 2 500 familles d'accueil –, le directeur de l'IFREP déplore la perte d'intérêt de la psychiatrie pour cet outil*<sup>30</sup> ».

## II. L'ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE

### 1. Historique et origine

La plus lointaine origine historique connue est le pèlerinage de Geel dans les Flandres belges. La légende raconte qu'en l'an 600, une princesse irlandaise, Dymphé, se voyait contrainte d'épouser son père qui ne trouva pas de femme aussi jolie que sa mère hormis elle. Les intentions incestueuses vont poussées la jeune fille à s'enfuir. Elle sera retrouvée et décapitée par son propre père sous les yeux d'un « fou » qui aussitôt retrouva la raison. A partir de ce jour, les malades mentaux viennent au sanctuaire de la martyr pour implorer la guérison. Depuis, des habitants de Geel "parents-nourriciers" gardent les malades mentaux en pension à proximité de l'église dédiée à Sainte-Dymphé construite en 1939. C'est le début d'une activité de soins aux malades mentaux qui ne cessera d'évoluer d'une part et servira de modèle d'autre part<sup>31</sup>.

<sup>28</sup> HELFE Caroline, *Accueil Familial thérapeutique : une autre façon de prendre soin*, Actualités Sociales Hebdomadaires n° 2795 du 01/02/2013

<sup>29</sup> L'association Famidac a pour but de favoriser le développement des accueils familiaux d'adultes handicapés et de personnes âgées.

<sup>30</sup> HELFE Caroline, *Accueil Familial thérapeutique : une autre façon de prendre soin*, Actualités Sociales Hebdomadaires n° 2795 du 01/02/2013

<sup>31</sup> P 168 PERASSE Martine, *L'accueil familial thérapeutique pour adulte. Des familles qui soignent ?* édition Lavoisier 2012

En France, c'est au XIX<sup>ème</sup> siècle, sous l'influence du psychiatre français J.P Falret, que deux établissements furent créés à Dun-sur-Auron<sup>32</sup> en 1892 et à Ainay-le-Château en 1897<sup>33</sup>. Ceci dans le but de désengorger les asiles parisiens. Des personnes atteintes de maladie mentale sans espoir d'amélioration furent ainsi placés dans des « familles nourricières », à qui une pension était octroyée. Ces malades continuèrent de vivre en marge et ne furent jamais réellement intégrés à la vie de ces villages<sup>34</sup>.

Mais progressivement, les mœurs changent face à la question de la maladie mentale. Au fil du temps, l'Etat prend en compte les avancées socio-médicales, s'adapte en légiférant l'encadrement de cette pratique et s'oriente vers une politique de réinsertion.

## **2. Cadre législatif**

Les politiques publiques actuelles concernant le champ de la psychiatrie tendent vers des soins à l'extérieur de l'hôpital notamment pour répondre aux effets de stigmatisation et pour permettre une meilleure réinsertion des personnes soignées dans la société.

À la suite de l'évaluation du Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 en octobre 2011<sup>35</sup> par le Haut Conseil de la santé publique, un deuxième plan a été préparé couvrant la période 2011-2015. Ce rapport d'évaluation fait paraître que les travailleurs sociaux acteurs centraux à part entière au même titre que le personnel soignant. Il fixe de grandes orientations portant sur l'amélioration de l'accès aux soins, la continuité des prises en charge sur tout le territoire, ainsi que sur la formation et la recherche. Ainsi, le Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 repose sur cinq principes d'action :

- ❖ des actions qui pensent conjointement la prévention, le soin et l'accompagnement ;
- ❖ des actions orientées dans la recherche d'une alliance thérapeutique ;
- ❖ des actions qui luttent contre la stigmatisation ;
- ❖ des actions pour une prise en charge pluridisciplinaire et pluri professionnelle ;
- ❖ des actions soumises à évaluation.

Quatre axes sont définis afin de prévenir et réduire les ruptures pour mieux vivre avec des troubles psychiques :

---

<sup>32</sup> Ville française située dans le département du Cher

<sup>33</sup> P4 PERASSE Martine, *L'accueil familial thérapeutique pour adulte. Des familles qui soignent ?* édition Lavoisier 2012

<sup>34</sup> P39 Revue soins psychiatrie n°269 juillet/août 2010

<sup>35</sup> Consulté le 28/03/2014 sur le site <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp>

- ❖ prévenir et réduire les ruptures au cours de la vie de la personne : permettre aux différents âges de la vie à toute personne d'accéder à la prévention, aux soins et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux, de façon adaptée à ses besoins et à ceux de ses aidants.
- ❖ prévenir et réduire les ruptures selon les publics et les territoires : garantir l'égalité d'accès à des soins de qualité et à un accompagnement social et médico-social.
- ❖ prévenir et réduire les ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal : renforcer le dialogue entre la psychiatrie et la société, en redonnant sa juste place à la psychiatrie, et reconnaître la santé mentale comme facteur essentiel de cohésion sociale.
- ❖ prévenir et réduire les ruptures entre les savoirs : renforcer le développement des savoirs, leur diffusion, leur transmission pour consolider.

Après la parution de la loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, l'arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements en psychiatrie précise l'existence de services de placement familial thérapeutique qui organisent le traitement des malades mentaux de tous âges pour lesquels le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille naturelle ne paraît pas souhaitable ou possible. C'est à partir de ce texte de loi que le placement familial thérapeutique est invoqué et reconnu dans la législation française sans en préciser les modalités d'application. De ce fait, l'activité AFT se développait de manière « clandestine », ce qui pouvait mettre en péril la qualité d'accueil.

Ce texte a donc été complété par la loi n°89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile de personnes âgées ou handicapées. L'objectif est de « régler » l'AFT qui s'était développé de façon spontanée « entraînant parfois des abus<sup>36</sup> ». Dans son article 18, il est évoqué les modalités spécifiques d'accueil thérapeutique: ce n'est pas le Conseil Général mais un établissement ou service de soins qui encadre et pilote cette pratique<sup>37</sup>.

L'arrêté du 1er octobre 1990 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services d'accueil familial thérapeutique met en évidence la reconnaissance des besoins de la personne avec l'aide de l'équipe de soins et des unités d'AFT. Ces dernières contribuent à l'insertion du patient vers l'environnement extérieur et participent ainsi au projet individuel thérapeutique élaboré par le patient et l'équipe soignante initiale. La reconnaissance des besoins de la personne se formalise à partir du projet individualisé. L'article 1<sup>er</sup> donne une définition de

<sup>36</sup> P6 PERASSE Martine, *L'accueil familial thérapeutique pour adulte. Des familles qui soignent ?* édition Lavoisier 2012

<sup>37</sup> P207 GODFRYD Michel, *Le droit de la santé mentale*, édition heures de France, 2000

référence de l'AFT : « *Les services d'accueil familial thérapeutique organisent les services pour les personnes de tous les âges, souffrant de troubles mentaux, qui peuvent retirer un bénéfice d'une prise en charge dans un milieu familial substitutif stable, en vue notamment d'une restauration de leur capacité relationnelle et d'autonomie* ». L'arrêté précise que les modalités d'accueil et d'action de l'unité d'AFT doivent être en adéquation avec le projet individuel thérapeutique, avec concertation du patient sur la base de ses volontés. Ce qui suppose une interaction constante entre le patient, la famille d'accueil et l'équipe médicale.

La loi du 17 janvier 2002 dite de « modernisation sociale » introduit quant à elle un contrat<sup>38</sup> entre l'accueillant et le directeur de l'établissement. Ce contrat rappelle les conditions générales et particulières de l'accueil ainsi que les droits et obligations des parties. Durant cette période, les mutations de la société ont un impact sur la conception même de la famille qui est appréhendée différemment dans sa composition et dans son rapport à la société. C'est la raison pour laquelle la loi de modernisation sociale pose le principe d'un agrément « mixte ». Désormais, l'accueil peut être effectué par une personne seule. Un autre progrès remarquable concerne la « *reconnaissance du droit aux congés payés et au remplacement*<sup>39</sup> » des accueillants familiaux.

D'autres textes réglementaires viennent impacter l'organisation de l'AFT. La note d'orientation du 27/12/1991, le décret 2004-1532 du 31/12/2004, le décret du 30/12/2004 n° 2004-1541 et l'article L.443-10 du code de l'action sociale et des familles.

### **3.Fonctionnement général :**

#### *Différence AFS-AFT*

L'association FAMIDAC nous propose une comparaison intéressante pour faire la distinction entre l'Accueil Familial Social (AFS) et l'AFT<sup>40</sup> :

	<b>ACCUEIL FAMILIAL SOCIAL</b>	<b>ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE</b>
<b>Définition</b>	Une formule d'hébergement souple pour l'accueil de personnes âgées ou	Les services d'AFT s'organisent pour le traitement de personnes

<sup>38</sup> Annexe 2

<sup>39</sup> Article de la revue Soins Gérontologiques n°71 mai-juin 2008

<sup>40</sup> Tableau tiré du site <http://www.famidac.fr/article20.html>

	handicapées	souffrant de troubles mentaux, susceptibles de retirer un bénéfice d'une prise en charge thérapeutique dans un milieu familial substitutif stable...
<b>Statut de l'accueillant</b>	Salarié de la personne accueillie, pas de droits au chômage	Salarié (agent non titulaire) de l'établissement ou service de soins). Droit au chômage
<b>Agrément délivré par</b>	Le président du Conseil Général (instruction par les services départementaux)	-L'accueillant est agréé par le président du Conseil Général et/ou par le directeur de l'établissement -L'établissement est habilité par le préfet de la DDASS <sup>41</sup>
<b>Nombre de pensionnaires</b>	1 à 3 personnes âgées et/ou handicapées adultes	1 à 3 malades mentaux
<b>Contrats</b>	Contrat type précisant les conditions matérielles et financières de l'accueil	Contrat de travail+contrat d'accueil+règlement intérieur
<b>Contrôle, suivi</b>	-Formation et contrôle des accueillants agréés par le Conseil Général -Suivi des personnes accueillies par le secteur médico-social	Assurés par le service d'AFT de l'établissement : -formation et accompagnement des accueillants -suivi des personnes accueillies
<b>Financement</b>	Par les personnes accueillies (qui peuvent avoir droit à des aides financières)	Sécurité Sociale, Assurance Maladie
<b>Développement</b>	Décisions politiques et économiques	Choix thérapeutiques

Ce qui me semble important de retenir de cette distinction, c'est que l'objectif est différent pour ces deux types d'accueil. L'accueil social est une formule d'hébergement tandis

<sup>41</sup> Direction Départementale des Affaires sanitaires et Sociales. Les DDAS ont été supprimées en 2010 dans le cadre de la révision générale des politiques publiques.

que l'accueil thérapeutique a cette fonction soignante du trouble mental. L'AFS peut permettre à une personne atteinte de troubles mentaux d'être hébergé chez une famille pour viser un regain en autonomie après l'AFT.

### *Le profil de l'accueilli*

Les objectifs de l'accueil peuvent être plus ou moins ambitieux et peuvent aller au recouvrement de l'autonomie personnelle à la réinsertion sociale et professionnelle. Au regard des expériences déjà réalisées, l'AFT sera proposé aux patients selon des indications. Chaque indication dépendra de la politique de l'établissement de soins mais certaines seront similaires.

Bien que l'âge, la profession, le statut et le sexe diffèrent aléatoirement, les personnes souffrant de troubles mentaux ont pour point commun une altération qui compromet la gestion seul du quotidien. « *Ce manque d'autonomie peut aller d'un apragmatisme limité à certains actes jusqu'à l'impossibilité de supporter la moindre solitude*<sup>42</sup> ». Il est conseillé que les personnes soient en capacité d'échange et de communication. Elles doivent pouvoir tolérer la création et l'existence de relations entre individus.

Les contre-indications font l'objet d'absence de bénéfice thérapeutique attendu, de toxicomanie active, d'état psychiatrique aigu ou chronique, de comportements paranoïaques, suicidaires, dits « pervers », aux états d'instabilité et de non adhésion aux soins qui risqueraient de mettre en péril la sécurité du patient et celle de la famille. Selon l'arrêté de 1990, les personnes hospitalisées sans consentement ne peuvent bénéficier de l'AFT<sup>43</sup>. Selon Brigitte GADEYNE, psychiatre responsable d'une unité d'AFT au Centre hospitalier parisien Sainte-Anne, les patients « *non stabilisés, non compliant au traitement, aux états suicidaires, à ceux de dangerosité, aux cas de paranoïa, d'érotomanie et de perversions* ». Ce médecin rajoute que ce type d'accueil est non propice « *en cas de grande dépendance (patients déments, grabataires, incontinents), de troubles addictifs, de patients fuguant de façon répétée et de relations hautement pathologiques avec la famille d'origine – relations très fusionnelles, délire de filiation*<sup>44</sup> ».

<sup>42</sup> P8 PICART Joël et RZEPÀ Janine, *Accueil familial thérapeutique*, revue "Souffles" psy tout terrain n° 168, janvier 2003

<sup>43</sup> La loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge renforce les droits des patients et redéfinit les notions liées aux types d'hospitalisation notamment sans consentement.

<sup>44</sup> HELFE Caroline, *Accueil Familial thérapeutique : une autre façon de prendre soin*, Actualités Sociales Hebdomadaires n° 2795 du 01/02/2013

### *La famille d'accueil*

D'après l'article publié dans la revue Actualités Sociales Hebdomadaires, un profil de candidature se dégage. « *Les candidats sont essentiellement des femmes, souvent des mères dont les enfants sont déjà grands et qui vivent en couple*<sup>45</sup> ». En effet, sur mon lieu de stage à l'EPSMR, un seul homme représentait une famille monoparentale en exerçant cette activité professionnelle. Il ressort du même article que certains hôpitaux considèrent qu'un autre adulte percevant des revenus autres que l'accueil s'avère un critère de sélection du fait de l'instabilité du salaire de l'AFT engendré par des possibilités de réhospitalisation.

D'une manière générale, les critères de sélection reposent sur des compétences naturelles bienveillantes et humanistes. « *Les compétences nécessaires pour être embauché sont essentiellement des qualités humaines (...) La qualification s'acquiert au fil du temps, non seulement par les formations proposées en cours d'emploi, mais aussi et surtout par le partage d'expériences entre les accueillants et par l'accompagnement rapproché de ces derniers par les équipes d'AFT*<sup>46</sup> »

Selon l'article 16 de l'arrêté du 1<sup>er</sup> octobre 1990, chaque établissement de soins doit prévoir une formation. A La Réunion, cette formation obligatoire a lieu au sein de l'IRTS. Chaque établissement est libre de fixer son programme de formation.

### *La durée*

Le cadre réglementaire prévoit une durée maximum de 3 ans. Pourtant, les pratiques divergent selon les établissements de soins. En effet, d'après les auteurs du livre *l'accueil familial thérapeutique pour adulte*, ce type d'accueil peut être prévu pour une durée indéterminée selon la pathologie de la personne<sup>47</sup>. A l'inverse, d'autres services de soins déterminent une durée corrélée au projet thérapeutique et aux réévaluations régulières. Le projet thérapeutique est un document qui précise si un patient en AFT bénéficie corrélativement d'un suivi CMP, Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP),

---

<sup>45</sup> HELFE Caroline, *Accueil Familial thérapeutique : une autre façon de prendre soin*, Actualités Sociales Hebdomadaires n° 2795 du 01/02/2013

<sup>46</sup> HELFE Caroline, *Accueil Familial thérapeutique : une autre façon de prendre soin*, Actualités Sociales Hebdomadaires n° 2795 du 01/02/2013

<sup>47</sup> P 13 PERASSE Martine, *L'accueil familial thérapeutique pour adulte. Des familles qui soignent ?* édition Lavoisier 2012

hôpital de jour (relais) ou du Groupe d'Entraide Mutuelle<sup>48</sup>. Les différentes données vont motiver le renouvellement du contrat si nécessaire. *« Tous les accueils ne sont pas permanents. Des accueils à la journée peuvent être proposés pour permettre au patient de sortir de l'hôpital et donner l'occasion aux soignants de le regarder différemment. Il y a aussi des accueils séquentiels à la carte, qui constituent des formes de séjours de vacances pour les personnes hospitalisées depuis longtemps ou des adaptations progressives à une vie en dehors de l'hôpital pour celles qui ont encore besoin d'un temps en institution. S'agissant des accueils permanents, la durée des séjours en famille diffère selon le profil des patients et le projet thérapeutique<sup>49</sup> »*. Déterminer cette temporalité avec le patient peut présenter l'avantage d'inscrire un rythme, une temporalité dans leur vie et dans leurs soins.

Localement, j'ai interrogé une Famille d'accueil Thérapeutique (FAT) de Saint-André qui estime la durée idéale équivaut 1 an maximum. Cette période est à considérer aux vues des objectifs thérapeutiques. Cependant, un médecin chargé d'une équipe AFT m'explique que lorsque ça se passe bien, certaines familles gardaient les accueillis pendant une très longue durée. Le risque était de ne pas favoriser l'autonomie de la personne et de restreindre les places disponibles, ce qui ne favorise pas d'autres personnes en besoin de réinsertion. Dès lors, l'accueil est plus limité dans le temps. Ces réajustements ont été nécessaires afin d'utiliser l'outil AFT non comme une solution d'hébergement mais comme un support de travail, un tremplin pour les patients.

#### 4. Les entretiens exploratoires

J'ai interrogé 10 personnes en AFT ou ayant fait l'expérience. Je me suis intéressée à leur parcours à partir du diagnostic médical afin de comprendre si celui-ci a eu des répercussions sur l'environnement social des personnes et afin de connaître les conditions d'admission à l'EPSMR qui peuvent impacter leurs appréciations vis-à-vis de leur séjour à l'EPSMR.

J'ai choisi des entretiens semi-directifs. C'est une méthode d'étude d'ordre qualitative qui est basée sur une démarche d'entretiens individuels ou collectifs durant lesquels l'animateur dicte uniquement les différents thèmes devant être abordés sans pour autant pratiquer un questionnement précis. Cette méthode est ici pertinente car elle laisse le libre

---

<sup>48</sup> Association gérée par des personnes atteintes ou ayant été atteintes de troubles mentaux qui a pour but la socialisation par des activités.

<sup>49</sup> HELFE Caroline, *Accueil Familial thérapeutique : une autre façon de prendre soin*, Actualités Sociales Hebdomadaires n° 2795 du 01/02/2013

choix de réponse des enquêtés, avec leurs propres termes, leurs opinions à propos d'une situation, d'un comportement, d'un problème vis-à-vis d'un objet. C'est un outil permettant de faire dégager les valeurs et les perceptions des personnes. Après avoir mené les entretiens en m'aidant d'une grille<sup>50</sup>, je les ai retranscrits en utilisant un tableau<sup>51</sup> afin de pouvoir mettre en évidence les redondances. Certains termes sont traduits dans le respect des propos des personnes.

Les entretiens ont eu lieu chez les FAT. Il est à noter qu'elles sont présentes lors des entretiens, ce qui peut influencer les réponses. Quand je me suis présentée, j'ai expliqué que les données sont retranscrites dans l'anonymat et que s'il y avait des questions qu'ils considèrent trop délicates ou indiscrettes, je respecterai leur choix de non réponse. De plus, un certain temps a été nécessaire auprès de certains accueillis pour formuler ou reformuler mes questions pour les rendre les plus accessibles. L'usage de la langue créole a également facilité les conditions d'échange. L'analyse des comptes rendus d'entretien s'effectuera à travers le parcours des personnes.

## **LE PARCOURS DE LA PERSONNE**

### **1. Le contexte institutionnel**

#### *a. Le dépistage des troubles mentaux et l'outil de référence*

On va considérer qu'une personne est atteinte de troubles dès lors qu'un diagnostic est élaboré par un psychiatre. Celui-ci le fonde sur l'entretien psychiatrique qui permet de recueillir des informations détaillées auprès du patient et de son entourage (famille, école, médecin généraliste etc.), un examen « clinique<sup>52</sup> » de l'état mental (présence d'hallucinations, de délires,...) et un bilan psychologique à partir notamment des tests neuropsychologiques ou encore cognitive de la schizophrénie. « *La psychiatrie a développé des tests et des trames d'entretiens semi-structurés comprenant des questions types et des barèmes d'évaluation. On peut donc aujourd'hui diagnostiquer les troubles mentaux avec un niveau de précision comparable à celui de la plupart des maladies physiques courantes, comme l'hypertension ou le diabète* », souligne Frédéric ROUILLON, psychiatre. « *Mais il est important de reconsidérer le diagnostic régulièrement, car une erreur reste possible,*

<sup>50</sup> Annexe 3

<sup>51</sup> Annexe 4

<sup>52</sup> Définition clinique le petit Larousse illustré 2012, P225 : qui se fait en examinant le malade

*notamment parce que les troubles peuvent évoluer dans le temps*<sup>53</sup> ».

Il existe actuellement deux « guides » de référence pour les professionnels en psychiatrie : le manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (DSM) et la Classification Internationale des Maladies (CIM) créée par l'Organisation Mondiale de la Santé. *« Ces deux manuels permettent donc aux chercheurs et aux cliniciens du monde entier de parler le même langage. Mais ce sont des outils de recherche, et non pas des outils cliniques, car ils mettent surtout l'accent sur la définition des troubles et la description des symptômes sans tenir compte de leur origine et de la personnalité de chaque patient*<sup>54</sup> ». Il est à noter que la notion de « maladie » est remplacée progressivement par celui de « trouble » à la demande de divers professionnels et associations. Ceci car la notion de « maladie » est estimée trop stigmatisante.

#### *b. Les effets de l'établissement de soins sur les personnes*

Le diagnostic étant posé, le passage en intra ou extra-hospitalier est obligatoire avant d'intégrer une FAT. Une présentation de l'EPSMR permettra de distinguer ces deux notions.

L'EPSMR est implanté à Saint-Paul. Il est chargé du traitement de la maladie psychique et de la gestion administrative concernant le nord, l'est et l'ouest de l'île. Le secteur nord où j'ai effectué un stage accueil dispose de deux pavillons à Saint-Paul où les patients sont en soins à temps plein (l'intra-hospitalier) et de deux Centres Médico-Psychologiques (CMP), un CATTP et un hôpital de jour localisés sur le secteur d'intervention, au plus près de la population (extra-hospitalier).

Comme il est cité précédemment, les troubles entraînent une altération des comportements, d'où la nécessité de travailler les capacités relationnelles. Or, l'objet de la prise en charge hospitalière est de soigner, atténuer, stabiliser l'état de santé. Ce n'est que lorsque cette étape est achevée, que l'objectif est de réinsérer notamment en travaillant sur les capacités relationnelles. En effet, *« la mission de la psychiatrie est de soigner les personnes souffrant de troubles psychotiques – non de les loger, même si leur réinsertion fait partie des objectifs du soin*<sup>55</sup> ». Je me demande alors quelles sont les répercussions de l'organisation des soins en établissement sur les personnes.

<sup>53</sup>Article Troubles mentaux comment les soigner ? Grand aigle n°10, septembre- octobre 2012

<sup>54</sup> Consulté le 22/01/2015 sur le site

[http://www.inserm.fr/content/download/63292/421279/version/1/file/Dossier\\_SS10\\_SEPT\\_OCT2012.pdf](http://www.inserm.fr/content/download/63292/421279/version/1/file/Dossier_SS10_SEPT_OCT2012.pdf)

L'échantillon interrogé met en évidence des conditions de vie difficiles en établissement de soins. 8 personnes sur 10 ont noté la qualité de vie équivalente ou en dessous de 3 sur 5. La moitié des personnes font référence à l'enfermement pour exprimer leurs impressions.

Tim GREACEN et Emmanuelle JOUET respectivement docteur en psychologie et docteur en science de l'éducation, ont dirigé la réalisation d'un ouvrage où ils se posent la question de savoir si les services psychiatriques développent ou réduisent les capacités des personnes. Helen GLOVER apporte son expertise en tant que travailleur social et personne d'expérience ayant été atteinte de troubles mentaux « *il est malheureusement rare que l'on raconte son expérience de la maladie psychique sans identifier d'autres pertes et traumatismes liés à la prise en charge en psychiatrie*<sup>56</sup> ». Cette personne met en lumière certaines souffrances liées au vécu d'une prise en charge psychiatrique. Elle avance que certains milieux dédiés au traitement de la maladie psychique peuvent avoir un impact négatif sur la personne. Elle expose ainsi les impacts sur les milieux sociaux : « *perte des anciens rôles, professionnels et familiaux* », « *absence de possibilité de reconquérir le travail, les études etc.* », « *perte des liens avec la famille et les amis* », « *perte du revenu, du logement* », « *perte des possibilités d'apporter quelque chose aux autres et à la collectivité* », « *absence de moyens de participation* », « *environnements non accueillants* », « *perte des ressources personnelles* », « *impact de la stigmatisation et des préjugés de la société* », « *impact de l'autostigmatisation* ».

Erving Goffman dans son ouvrage intitulé *Asiles*, traite de la façon dont la personne en soins vivait subjectivement ses rapports avec l'établissement hospitalier. Il désigne l'établissement psychiatrique en tant qu' « *institution totalitaire* ». Celles-ci seraient plus contraignantes voire même oppressantes que les autres institutions : « *parmi les différentes institutions de nos sociétés occidentales, certaines poussent cette tendance à un degré incomparablement plus contraignant que les autres. Signe de leur caractère enveloppant ou totalitaire, les barrières qu'elles dressent aux échanges sociaux avec l'extérieur, ainsi qu'aux entrées et aux sorties, et qui sont souvent concrétisées par des obstacles matériels : portes verrouillées, (...)*<sup>57</sup> ».

Cependant, nous pouvons supposer qu'au passage en AFT s'opère une mise à l'écart

<sup>55</sup> P7 SASSOLAS Marcel, *Quels toits pour soigner les personnes souffrant de troubles psychotiques ?* édition érès, 2012

<sup>56</sup> P 40 GREACEN Tim et JOUET Emmanuelle, *Pour les usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*, édition érès, 2012

<sup>57</sup> GOFFMAN Erving, *Asiles, Etude sur la condition sociale des malades mentaux*, les éditions de minuit, 1968

des effets manifestés de l'institution et des troubles. Pascal BARREAU, psychologue met en évidence la notion de séparation lors de l'AFT. Celle-ci fait référence à la séparation entre la personne et l'hôpital psychiatrique « *du fait des effets iatrogènes que l'hôpital peut induire*<sup>58</sup> ». D'après cet élément, nous pouvons supposer que la transition hôpital - AFT donne l'opportunité d'une étape progressive. Psychologiquement, cette séparation libère d'un « poids » favorable au rétablissement. En effet, le rôle du patient diffère de celui de l'accueilli « *on pourrait craindre qu'ils s'amuse à faire les fous tout le temps, c'est-à-dire à être en permanence des patients – comme ils le redeviennent quand ils revoient les infirmiers ou les psys* ». Or, justement, les malades « *prennent une autre couleur dans les familles d'accueil que la couleur sous laquelle nous, soignants, les connaissons* », ajoute Jean-Claude Cébula, évoquant non seulement les changements psychiques des personnes accueillies et les modifications de leurs compétences sociales, mais aussi des transformations physiques par identification aux accueillants<sup>59</sup> ».

Le contexte d'admission en psychiatrie est à prendre en considération. Les patients intègrent l'hôpital parfois contre leur gré ou dans des situations sociales malaisées. De ce fait, les patients peuvent refuser de coopérer et exprimer des mécontentements. Pourtant, le passage à l'hôpital est nécessaire pour stabiliser leur état de santé. Cette étape s'établit dans des pavillons d'hospitalisation sécurisés. Les personnes sont généralement sous prise médicamenteuse et ne peuvent quitter les murs de l'hôpital sans accord de l'équipe médico-sociale. D'autant plus, d'autres lectures révèlent que la vie en institution n'est pas obligatoirement vécue comme contraignante et privative de liberté. Le témoignage de certaines personnes « *exprime aussi la dialectique complexe entre la liberté et la contrainte, mais pas forcément comme on pourrait s'y attendre : en effet, l'institution figure souvent les conditions nécessaires et parfois indispensables de la protection de l'adulte handicapé*<sup>60</sup> ». D'ailleurs, 2 personnes interviewées précisent que l'établissement a été nécessaire pour se reposer ou faire un point sur sa vie.

### *c. Des orientations en AFT en croissance*

Dans le même temps que les politiques publiques, l'EPSMR tend vers des soins en

---

<sup>58</sup> P29 PERASSE Martine, *L'accueil familial thérapeutique pour adulte. Des familles qui soignent ?* édition Lavoisier 2012

<sup>59</sup> HELFE Caroline, *Accueil Familial thérapeutique : une autre façon de prendre soin*, Actualités Sociales Hebdomadaires n° 2795 du 01/02/2013

<sup>60</sup> P 109 ZRIBI Gérard et SARFATY Jacques, *Handicapés mentaux et psychiques*, édition EHESP, 2008

extra-hospitalier. En effet, les professionnels poursuivent la recherche d'efficience et de qualité des soins en développant des alternatives à l'hospitalisation à temps plein de manière équilibrée sur chaque secteur. Ainsi, tous les secteurs en psychiatrie disposent des mêmes possibilités d'accueil en AFT. A l'EPSMR de Saint-Paul, chaque secteur comprend 11 places. Cependant, sur mon secteur d'intervention durant le stage, du 15 septembre 2014 au 7 novembre 2014, 15 places sont occupées. Le secteur s'est déjà retrouvé avec 19 placements. Une FAT peut accueillir 2 personnes maximum sauf sous dérogation 3. La dérogation est à demander au directeur de l'EPSMR. C'est une possibilité pour palier à la croissance des demandes à condition que le troisième accueil reste temporaire et exceptionnel. Sur le secteur nord de l'EPSMR, il y a de plus en plus d'orientations vers l'AFT. Ceci s'explique principalement du fait qu'il y a eu une baisse de lits à l'hôpital en faveur des structures extérieurs.

Le secteur nord prend en charge des patients dont la durée d'hospitalisation est moindre. Pour les cas les plus « chroniques<sup>61</sup> », les patients sont orientés vers le Service de Réhabilitation et de Réadaptation psycho-sociale. Ce service rattaché à l'hôpital mais libre dans sa gestion, propose également de l'AFT avec des objectifs différents puisque cette chronicité est prise en considération.

#### *d. L'émergence du projet AFT*

L'idée de l'AFT se réfléchit en équipe pluridisciplinaire. Après avoir rencontré le patient, l'équipe détecte si le profil relèverait de l'AFT selon son état de santé, les critères réglementaires et la situation sociale de la personne.

Dès lors, elle est présentée en commission AFT. Cette commission est une instance qui soutient et accompagne les familles, coordonne les différentes actions de soins et de réinsertion portées au patient et institue un travail d'analyse des données et des pratiques. Elle est composée d'un psychiatre, un cadre de santé, une psychologue, deux infirmiers et deux ASS positionnées référentes AFT. Elle est fragmentée en plusieurs parties: les postulants sont énoncés, les éventuels accueils sont abordés ainsi que les comptes rendus des visites à domicile chez les familles d'accueil.

Si le patient peut se projeter en FAT aux vues de ses objectifs thérapeutiques « sur mesure », une famille d'accueil est positionnée selon plusieurs critères: son projet de vie, les affinités avec d'autres patients accueillis, si le profil de pathologie est compatible, la

---

<sup>61</sup> Définition du petit Larousse illustré 2012 : Se dit d'une maladie qui évolue lentement et se prolonge.

préférence pour le milieu rural, urbain, l'histoire de vie du patient etc. Tout est réfléchi pour que l'accueil se fasse dans les meilleures conditions possibles.

La famille d'accueil agréée est alors invitée à l'hôpital pour rencontrer pour la première fois le patient en présence d'un infirmier et de l'ASS. Les deux parties échangent sur leurs attentes et les règles tant pour la famille que le patient (régime alimentaire, mode vie etc.).

Si cela convient aux deux parties, une deuxième visite est programmée chez la famille d'accueil. L'infirmier et l'ASS accompagnent le patient chez la famille pour qu'il puisse visiter les lieux. Si la chambre d'accueil lui plaît, une date de placement est fixée. Il est important que le cadre convienne au patient car il sera l'endroit où il aura sa propre intimité.

L'infirmier et l'ASS accompagnent la personne au placement final. Le contrat d'accueil AFT est ainsi signé entre l'accueillant et l'hôpital et le projet thérapeutique<sup>62</sup> entre l'accueilli, le médecin référent, l'unité d'accueil et le directeur de l'établissement. Ce document régit les conditions particulières du placement en précisant le projet thérapeutique, les conditions particulières et la rémunération.

Quant au patient, il peut d'abord appréhender ce nouveau lieu de vie, la rencontre avec la famille d'accueil et la visite du logement vont souvent influencer positivement son choix ; certainement puisque ce nouveau lieu de vie présente un espace de reconstruction et d'épanouissement plus serein que l'hôpital. Un accueilli m'explique qu'il était « *content de quitter l'hôpital* ». Il précise que l'hôpital a été nécessaire pour se soigner mais exprime son sentiment d'« *enfermement* ». Il attendait les heures de repas sur une chaise « *entre quatre murs* » ou il allait fumer. Toutefois, il a fait des connaissances avec qui il a pu échanger et qu'il a retrouvées plus tard en AFT. Bien qu'il rapporte son enthousiasme de quitter les murs de l'hôpital, il a aussi eu des craintes par rapport à l'inconnu. Pour reprendre ses termes « *quand faut y faut y aller* ». Il rajoute qu'en AFT, il était plus libre de faire ce qu'il voulait, il prenait « *plus l'air* » et il était « *plus content* ». « *C'était très bien pour se soigner, se rééduquer, faire des courses, nettoyer la chambre, faire cuire son manger* ».

## 2. Pendant l'AFT

### a. *Le suivi des professionnels*

---

<sup>62</sup> Annexe 5

L'équipe pluridisciplinaire assure un suivi régulier durant tout le parcours de soins du patient notamment pendant l'accueil afin de réactualiser les données et réajuster les pratiques si nécessaire. En effet, en fonction des volontés du patient et de l'évolution de son état de santé, son projet peut être évolutif. En cas de changement de projet ou de situation de la personne accueillie ou encore en cas de dysfonctionnement en FAT, l'équipe pluridisciplinaire peut intervenir dans les plus brefs délais afin d'amorcer une dynamique dans une démarche analytique. Lorsque j'ai échangé avec Joëlle CHAMBON à ces propos, elle m'a répondu « *qu'on ne sait pas au départ quel est le potentiel réel de la personne. Parfois, on est étonné, certaines personnes se révèlent capable de faire beaucoup plus de choses que l'on aurait cru capables. Ça peut arriver et ça arrive. Pour eux le passage en milieu familial thérapeutique, parce qu'il y a cette dimension affective, ça leur donne du courage, comme s'ils revivaient des scènes de l'enfance qu'ils n'ont pas pu jouer. Après c'est très personnel à chaque fois. Dans leur inconscient se jouent des choses importantes. Parfois on a l'effet inverse. Il y a une personne que j'ai accueilli 3 ans qui est retournée à l'hôpital, ce que lui renvoyait la famille était trop dure à supporter. Elle éprouvait une jalousie intense envers mes propres enfants, elle recherchait une fusion. C'était une dame pour qui tout se passait bien quand ma fille n'était pas là mais quand ma fille était là, elle se tapait carrément. Finalement, elle est retournée à l'hôpital et elle y ait toujours d'ailleurs. On ne peut pas appeler ça un échec mais en tout cas c'est une expérience qui n'a pas donné l'effet escompté parce que l'atteinte était trop importante. La psychose était trop grande. On a réactivé finalement des angoisses par rapport à une enfance. De ce qu'elle rapportait de son vécu, c'était très dur* ».

### L'accompagnement médical

L'EPSMR et l'Agence Régionale de Santé de l'Océan Indien s'accordent à dire qu'il manque de psychiatres et de lits dans les différents établissements publics et privés<sup>63</sup>. On estime ce manque à un tiers de moins qu'en métropole. Il est à préciser que le déficit se trouve chez les adultes.

Selon Hervé ZANGERLIN, psychiatre, président de la Commission médicale de l'établissement (CME) de l'EPSMR, le retard d'un département doit aussi être observé de manière relative. Les structures et la population à La Réunion ne sont pas les mêmes

---

<sup>63</sup> Consulté le 21/04/2014 sur le site [http://www.zinfos974.com/La-psychiatrie-a-La-Reunion-L-EPSMR-nuance-les-critiques\\_a63357.html](http://www.zinfos974.com/La-psychiatrie-a-La-Reunion-L-EPSMR-nuance-les-critiques_a63357.html)

qu'ailleurs, d'où, en partie, la différence de statistiques. « *Par exemple, nous recevons depuis quelques temps les cas médicaux lourds de Mayotte, ce qui occupe beaucoup de lits<sup>64</sup>* », ajoute le président de la CME. Quant à l'embauche de psychiatres dans le secteur, Hervé ZANGERLIN assure que « *par rapport à la métropole, on trouve assez facilement des employés car La Réunion est attractive et les conditions sont réputées bonnes. Mais c'est cyclique. Dans le contexte actuel par exemple, c'est plus difficile* ». L'EPSMR, sur l'ensemble de ses 46 structures sur l'île, compte 63 postes.

Il est à prendre en considération que le médecin fait partie intégralement de l'équipe AFT. Les placements se font avec son accord et les visites médicales par ses soins. Dès lors, nous pouvons nous demander si le manque de psychiatre a une incidence sur les orientations en AFT. Le médecin a un rôle surtout décisionnel. Il pose le diagnostic médical, est présent durant les commissions AFT et programme des visites médicales avec les personnes placées dans le cadre du suivi médical. L'infirmier appuie cette position médicale sur le terrain. Lors des visites à domicile, il s'assure de l'évolution de l'état de santé notamment par la prise médicamenteuse.

Le psychologue met en place et anime des groupes de paroles auprès des accueillants familiaux. Ceci permet aux aidants d'échanger sur leurs pratiques, les difficultés qu'ils rencontrent, d'en prévenir d'éventuelles et de prendre du recul vis-à-vis des situations. L'échange éclaire généralement les accueillants qui prendront les décisions les plus adaptées aux vues des projets des accueillis.

### L'accompagnement social

Initialement, l'AFT était « *une affaire de l'ASS* ». C'était son rôle de solliciter son réseau pour trouver des familles accueillantes. Au fil du temps et des expériences, un regard médical et psychologique ont été nécessaires au regard de l'intérêt du patient et de l'évolution de la législation.

L'Assistant de Service Social est embauché sous l'intitulé de poste d'Assistant Social Educatif conformément au décret n°93-652 du 26 mars 1993 portant statut particulier des Assistants Socio- Educatifs de la fonction publique hospitalière (version consolidée au 7 août 2007). Les ASS ont pour mission de conseiller, d'orienter, d'informer et de soutenir les personnes accueillies et leur famille, de les aider dans leurs démarches et d'informer les services

---

<sup>64</sup> Consulté le 21/04/2014 sur le site [http://www.zinfos974.com/La-psychiatrie-a-La-Reunion-L-EPSMR-nuance-les-critiques\\_a63357.html](http://www.zinfos974.com/La-psychiatrie-a-La-Reunion-L-EPSMR-nuance-les-critiques_a63357.html)

dont elles relèvent pour l'instruction d'une mesure d'action sociale. Ils apportent leur concours à toute action susceptible de prévenir les difficultés sociales ou médico-sociales, culturelles etc. rencontrées par la population et tentent d'y remédier. Le champ du social demeure un vecteur essentiel de prise en charge<sup>12</sup>.

Après des personnes en souffrance psychique, l'ASS peut en intra-hospitalier accompagner la personne et ses proches dans l'acceptation du handicap pour prévenir l'exclusion. L'écoute active et les techniques de communication employées sont des outils permettant d'alléger la souffrance et de mobiliser des ressources pour faire face aux aléas. En effet, cette détresse en lien avec les difficultés de l'existence, présentes et passées, ne relève pas toujours d'une prise en charge médicale. Elle s'exprime, de façon préférentielle, dans l'espace du travail social. On parle ainsi de souffrance psychosociale. De plus, l'ASS aide le patient à élaborer son projet de vie. Celui-ci est fondé sur ses propres volontés. En collaboration avec le personnel médical, il est soutenu et conseillé aux vues des possibilités, des ressources et des freins de chaque patient. En outre, le professionnel aide à la réalisation des projets des personnes accueillies en évaluant, informant et orientant.

En AFT, lorsqu'une famille postule, l'ASS propose un premier rendez-vous avec la famille. Le but est d'évaluer les motivations, les représentations du métier, de la santé mentale, les qualités humaines de la famille, son aptitude à accueillir des certains patients présentant de lourds antécédents psychiatriques, l'adhésion de l'ensemble des personnes du foyer et vérifie si le projet de la personne est en adéquation avec les attentes de l'équipe AFT. Ce filtrage permettra de déboucher sur une enquête plus approfondie par l'équipe pluridisciplinaire. En binôme avec l'infirmier, une visite à domicile permettra de constater les règles générales d'hygiène, de salubrité et de sécurité. La personne accueillie doit disposer d'une chambre de 9m<sup>2</sup> minimum avec une possibilité d'aération et d'éclairage satisfaisant. C'est ainsi qu'un rapport social sera rédigé. Connaissant les familles d'accueil, l'ASS en équipe pluridisciplinaire aide à envisager une famille correspondant aux attentes du patient. Le placement n'aboutira qu'avec l'adhésion des parties. Il organise les premières rencontres entre accueillis et accueillants et fait régulièrement des visites à domicile pour s'assurer du suivi en fonction des objectifs thérapeutiques posés initialement. Il assure la coordination entre les différents intervenants : familles, équipe du secteur et membres de la commission. Enfin, il remplit certaines formalités administratives comme la demande d'agrément pour une famille postulante<sup>65</sup>, le document relatif à l'absence du patient en famille d'accueil<sup>66</sup> ou la demande de congé<sup>67</sup> ou en-

<sup>65</sup> Annexe 6

<sup>66</sup> Annexe 7

<sup>67</sup> Annexe 8

core le contrat d'accueil. Il remplit un dossier d'admission en AFT<sup>68</sup>. Cette fiche de renseignement est destinée à faciliter l'accueil et à cibler sa prise en charge. Il reprend l'état civil, les prestations et mesures de protections du patient, les orientations professionnelles et son projet de soins.

La technicité des ASS suppose une capacité à établir un lien de confiance avec l'accueilli et l'accueillant et l'équipe médicale. Ce travail inter-acteurs est primordial pour avoir une vision d'ensemble sur une situation singulière donnée. La relation de confiance permet à la personne d'adhérer à un processus de changement propice à la mise en œuvre du placement.

Néanmoins, il est indiqué sur la fiche de poste de l'Assistant Socio Educatif de l'EPSMR<sup>69</sup> que les risques professionnels liés à l'activité concernent :

- ❖ Les risques de violence et d'agression de la part des patients et de leur famille
- ❖ Les risques de contamination
- ❖ Les risques d'épuisement professionnel
- ❖ La maltraitance professionnelle du fait des problématiques contradictoires de l'institution au regard des missions des ASS.

Dans un rapport d'information établi par la commission des affaires sociales concernant la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie<sup>70</sup>, il est signifié que l'intervention de l'ASS est limitée du fait qu'il fait face à des vacances de postes et à une répartition inégale sur le territoire national.

### **La famille d'accueil thérapeutique**

La FAT quant à elle accueille dans son environnement familial un ou des patient(s) dont l'état de santé est stabilisé. La famille peut être envisagée au sens traditionnel du terme ou peut désigner une personne.

Elle doit se montrer bienveillante et valoriser la personne dans ses acquisitions ou ré-acquisitions, respecter ses limites en prenant en considération sa pathologie, favoriser son expression, respecter sa vie privée, faire preuve d'empathie et de patience tout en maintenant une distance professionnelle. Elle veille au bien-être et à la sécurité de l'accueilli et offre un environnement relationnel stable donc sécurisant, obtenir l'adhésion de tous les membres de la famille, partager sa vie de famille, associer la personne accueillie aux différentes activités,

---

<sup>68</sup> Annexe 9

<sup>69</sup> Annexe 10

<sup>70</sup> Consulté le 5 janvier 2014 sur le site <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp>

tout ce qui fait le quotidien, être capable d'attention, d'écoute, être disponible, pouvoir travailler en partenariat avec l'équipe pluridisciplinaire.

Les accueillants familiaux (accueil d'adultes) sont qualifiés agents non-titulaires des établissements de santé qui les emploient mais leur emploi ne figure pas dans la nomenclature des métiers de la fonction publique hospitalière alors que leurs homologues les assistants familiaux (accueils d'enfants) y figurent. Le contrat de travail est temporaire. Il n'y a pas de titularisation possible ni d'évolution de carrière. Personne ne connaît les droits qui leurs sont applicables. C'est au cas par cas en fonction de la politique du Directeur des Ressources humaines. Car aucun décret n'a été publié pour indiquer les conditions particulières de ces salariés. Par exemple, faut-il leur appliquer la prime forfaitaire pour le travail des dimanches et jours fériés appliquée aux autres agents hospitaliers? Et de quelle manière l'appliquer puisqu'ils ne sont pas payés à l'heure mais à la journée? Ont-ils droit comme les autres agents hospitaliers à un jour de congé supplémentaire dès lors qu'ils ont travaillé au moins 20 dimanches dans l'année? Tout dépendra de la politique de l'établissement de soins.

La FAT habitant Saint-André confirme la précarité et le manque de reconnaissance ressenti par les FAT en général. Concernant son emploi, elle exprime son impossibilité de contracter des crédits. Mais selon ses dires « *les voir heureux quand ils s'en vont c'est magnifique, une belle récompense, on voit une belle réussite* ».

Après un laps de temps de travail avec l'équipe hospitalière, il est possible que l'ASS évoque avec l'accueillant la possibilité d'une demande d'agrément au sein du Conseil Général. Selon les ASS interrogées, le double agrément est bénéfique pour le patient puisque le glissement permet une stabilité pour certaines personnes.

#### b. L'accueilli

### La réhabilitation psychosociale

La réhabilitation désigne l'action de « rétablir une personne dans des droits, une capacité, une situation juridique qu'elle avait perdus<sup>71</sup> ». Ici, il s'agirait de rétablir une personne dans des droits et une capacité. Le droit de se faire soigner, de décider les modes de soins proposés et de s'inscrire dans « la cité ».

Le terme « psychosocial » signifie : « il s'agit de repérer les dysfonctionnements de la personne dans ses réactions psychiques mais aussi dans ses relations avec les autres, tout en

<sup>71</sup>P 932 Le petit Larousse illustré 2012

*saisissant la situation environnementale de la personne (conditions de vie, emploi, chômage...). Les difficultés sont à rechercher à la fois chez la personne mais également dans son environnement proche et son quotidien<sup>72</sup>».* De cette définition, nous pouvons comprendre qu'il y a deux composantes importantes à considérer : les dysfonctionnements qui font référence aux habilités sociales et un environnement social donné.

La réhabilitation psychosociale peut ainsi être définie de la façon suivante : Il s'agit de l'action de rétablir une personne pourvue de droits aux soins en repérant les dysfonctionnements sociaux dans un environnement donné. *Cet ensemble associe des soins médicaux, psychologiques et des mesures sociales. Cela se traduit au quotidien par des actes élémentaires de la vie quotidienne en fonction du projet. Ces actes peuvent concerner l'apprentissage ou le réapprentissage de la cuisine, l'entretien d'un lieu de vie, l'utilisation des transports en commun, la gestion administrative, etc.*

En effet, la décision d'AFT s'établit pour une personne donnée, à une période précise de son évolution personnelle. Par exemple, lorsque j'ai interrogé Monsieur I, 23 ans, il m'explique que s'il était retourné chez lui, cela n'aurait pas donné les effets escomptés. Pendant sa décompensation, ses proches semblaient vouloir prendre de la distance vis-à-vis de lui. Probablement pour faire le deuil, par déni ou pour cause d'épuisement. Malgré la bienveillance de cette famille, un temps lui est nécessaire pour qu'elle puisse s'accommoder ces nouvelles dispositions. Cette temporalité n'est pas toujours en corrélation avec celle de l'évolution des symptômes de la personne accompagnée. Ainsi, l'AFT vient répondre au besoin de soins exprimé par la pathologie en permettant la possibilité de renouer des liens familiaux dans un autre temps.

Les dysfonctionnements sociaux sont évalués au regard des objectifs thérapeutiques élaborés à l'établissement de soins. Les FAT vont *observer la personne accueillie dans son quotidien et cibler les attitudes discordants aux normes de la famille : faire son lit le matin, entretenir son espace, organiser sa journée etc.* dans l'objectif de travailler les objectifs individualisés et contractualisés. Une FAT l'explique de cette manière : *« Avant le placement, je lui dicte les règles de la maison, et ensuite on voit ensemble ses objectifs, je le laisse faire pour voir ce qu'il faut travailler ».*

---

<sup>72</sup> P190 BOUTON Michel, DERRIEN Marie-Laure, DRON Christian, GENTIL Fabienne, MOLINA Yvette, ROLLAND Marie et TROMBERT Christophe, *DC1 Intervention professionnelle en service social DEASS*, édition Vuibert, 2008

P 90 DE ROBERTIS Christina, ORSONI Marcelle, PASCAL Henri et ROMAGNAN Micheline, *L'intervention sociale d'intérêt collectif de la personne au territoire*, édition presses de l'EHESP, 2008

On peut supposer que ces réapprentissage des codes interpersonnels ainsi que ces mouvances psychologiques liées aux représentations familiales et à la sensation de liberté lors du passage hôpital-AFT contribuent à un regain en autonomie propice à la réinsertion des personnes atteintes de troubles mentaux.

Une FAT affirme le caractère incertain du placement. C'est avec l'expérience que sera mesuré le potentiel réel de la personne. Elle me fait part de son étonnement quant à certaines personnes qui se révèlent capables d'exécuter beaucoup plus de choses que l'on aurait crues capable. Pour elle, le passage en milieu familial thérapeutique, parce qu'il y a cette dimension affective, leur donne du courage. Dans leur inconscient se jouent des choses importantes. Parfois, il se passe l'effet inverse. Une personne qu'elle a accueilli 3 ans est retournée à l'hôpital, ce que lui renvoyait la famille lui était trop dur à supporter : elle éprouvait une jalousie intense envers son enfant, elle recherchait une fusion. C'était une dame pour qui tout se passait bien quand la fille de l'accueillante n'était pas là. Autrement, elle se blessait, s'automutilait. Finalement, elle est retournée à l'hôpital. C'est une expérience qui n'a pas donné l'effet escompté.

En effet, il y a aussi quelques placements qui n'aboutissent pas aux effets souhaités. Dans une émission sur LCP, Patricia DEFRAIN, une directrice des soins précise que l'AFT ne transforme pas les personnes. Il est très utopique de penser que ces personnes vont retrouver un travail. Néanmoins, certains peuvent avoir une vie plus autonome, reprendre un appartement ou vivre en foyer. Ceci progresse par palier en général. L'ensemble des FAT interrogées confirment l'idée que pour une grande partie des accueillis, l'AFT est bénéfique en autonomie et réhabilitation psychosociale surtout pour les jeunes entre 16 et 35 ans. Les professionnels appuient cette idée selon laquelle il y a plus d'espairs pour les jeunes et le lien avec la famille est plus facile. Cependant, d'autres éléments encouragent cette position de sujet de droits dans la cité, la société.

### Les droits des accueillis

Les personnes accueillies en AFT ont le droit d'être informé et consulté. En effet, elles sont considérées en soins en établissement comme les personnes en soins en « intra-muros » et disposent à ce titre des mêmes droits. « *Les usagers sont représentés par leurs associations dans diverses instances départementales, régionales ou nationales*<sup>73</sup> » Ainsi, les principales associations sont par exemple membres du Conseil National Consultatif des Personnes

<sup>73</sup> P53 ZRIBI Gérard et SARFATY Jacques, *Handicapés mentaux et psychiques*, édition EHESP, 2008

Handicapées (CNCPH) qui donne des avis sur la politique nationale. Au niveau régional, elles sont également présentes au sein des Commissions Régionales de l'Organisation Sanitaire et Médico-Sociale (CROSMS) qui évalue les besoins et participe à l'extension, la création ou le retrait des établissements et services. La loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale établit des conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées qui interviennent sur la politique du handicap dans les domaines de la vie sociale. Enfin, les personnes accompagnées sont forces de participation, sont informées et font des propositions dans les institutions à travers par exemple la maison des usagers à l'EPSMR, conformément à la loi du 4 mars 2002.

Cette loi relative aux droits des patients fait référence au principe de « démocratie sanitaire ». Les patients sont dès lors force de décision des soins les concernant. Le patient acteur est reconnu par l'institution du système de soins. Cette loi facilite l'accès au système de santé, applique des règles de confidentialité et promue le respect de la dignité du patient, de sa vie privée, son intimité, le droit à une vie familiale et à une pratique religieuse. Ce texte de loi évoque le secret partagé en établissement hospitalier. Ainsi, que les informations nécessaires en faveur de la santé mentale du patient sont communiquées. Le patient a le droit de consulter son dossier ainsi que tout écrit professionnel le concernant.

La loi du 4 mars 2002 s'adresse aux personnes hospitalisées quelque soit les soins administrés. Une autre législation s'impose concernant les droits des personnes en soins dans le domaine spécifique de la psychiatrie. La loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge a été instaurée afin d'atténuer les difficultés d'accès aux soins psychiatriques. *« Lorsqu'un patient n'est pas hospitalisé à temps plein (forme de prise en charge dite « en hospitalisation complète »), sa prise en charge (types de soins, lieux de réalisation et périodicité) est précisée par un programme de soins établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil. L'avis du patient est recueilli préalablement à l'élaboration et à toute modification du programme. Le patient en programme de soins ne peut se voir administrer des soins de manière coercitive ni être conduit ou maintenu de force pour accomplir, le cas échéant, un séjour en établissement sans que la forme de sa prise en charge ait été préalablement transformée en hospitalisation complète<sup>74</sup> ».*

L'arrêté de 1990 réglementant l'AFT réaffirme clairement la participation active du patient à son projet de soins<sup>75</sup>. Acteur force de proposition, il sait quel environnement lui est

<sup>74</sup> Consulté le 07/05/2015 sur le site <http://www.sante.gouv.fr/fiche-6-les-soins-psychiatriques.html>

<sup>75</sup> P7 PICART Joël et RZEPÀ Janine, *Accueil familial thérapeutique*, revue "Souffles" psy tout terrain n° 168, janvier 2003

propice à sa reconstruction. Toutes les étapes de l'AFT se réalisent donc avec son adhésion. Il s'engage également à respecter certaines règles. La signature du contrat formalise son adhésion et sa mobilisation en faveur de ses soins. Le projet peut être régulièrement actualisé. La personne a le droit de changer d'avis, dans ce cas, l'équipe pluridisciplinaire réajuste son accompagnement personnalisé.

Par ailleurs, la loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées reconnaît le droit à la compensation du handicap. Une demande d'Allocation d'Adulte Handicapé (AAH) peut être attribuée par la MDPH si le taux d'incapacité est entre 50 et 80%. C'est une allocation de solidarité destinée à assurer aux personnes handicapées un minimum de ressources. Financée par l'État, versée par les Caisse d'Allocations Familiales ou les caisses de Mutualité Sociale Agricole, elle est accordée sur décision Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées des MDPH. L'AAH est l'allocation de base la plus répandue pour les personnes accueillies en AFT. Sur l'échantillon de 10 personnes avec qui je me suis entretenue, 9 ont demandé une AAH.

J'ai pu remarquer que certaines personnes, du fait des conséquences des troubles, ne sont pas en mesure d'honorer la gestion financière en autonomie. Une mesure de protection de majeur a souvent été mise en place par l'accompagnement d'un mandataire judiciaire conformément à la loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs. Cette loi a pour objectif « *d'établir une ligne de démarcation entre les situations relevant de l'action sociale et celle liées à la détérioration des facultés personnelles*<sup>76</sup> ». L'accompagnement social sera privilégié avant la demande de protection. Par ailleurs, depuis 2009, le droit de vote est reconnu de plein droit aux personnes atteintes de maladie mentale protégé par une mesure judiciaire. Cette avancée récente encourage la participation à la vie en société et la citoyenneté<sup>77</sup>. 7 des personnes participantes à cette étude ont une protection juridique ou une demande est en cours.

Enfin, conformément à l'arrêté du 1<sup>er</sup> octobre 1990, la personne accueillie a le droit d'entretenir des relations avec sa famille naturelle. Ici, plusieurs cas de figures sont possibles : l'accueilli et/ou sa famille ne souhaite pas entretenir ces liens pour X raison. Certaines FAT sont investies dans cette accoutumance et d'autres ne préfèrent pas. Une FAT interrogée me fait part de sa volonté d'aller vers la famille naturelle pour expliquer l'objet de son accompagnement et ainsi donner des indications sur le comportement à tenir avec la personne. Une autre ne souhaite pas rencontrer la famille d'origine pour éviter d'éventuels conflits.

---

<sup>76</sup> P 45 ZRIBI Gérard et SARFATY Jacques, *Handicapés mentaux et psychiques*, édition EHESP, 2008

<sup>77</sup> BENJAMIN Anna, Article paru dans le journal Le Monde, le 20/04/2012

## Le lien avec la famille naturelle

Bien que le droit d'entretenir un lien avec la famille naturelle soit reconnu dans le cadre légal, nous pouvons constater que 8 personnes sur 10 parlent de leur admission en soins psychiatriques dans un contexte de rupture familial. Les caractéristiques des troubles désocialisent les personnes par une carence en termes de communication. Pourtant, la famille est la première instance de socialisation. Les auteurs Noël ROUSSEAU et Bernard BALAS s'accordent à dire que la famille biologique est le premier facteur de socialisation. nous pouvons penser qu'elle constitue un appui essentiel pour la reconstruction psychique des personnes concernées. Nous pouvons alors nous demander ce qui se passe au niveau des familles lors de l'annonce de la maladie ou du handicap.

Dans la majorité des cas, l'annonce est vécue difficilement : souffrance, effondrement, malaise des soignants, « *tout s'entrechoque lors de l'annonce*<sup>78</sup> ». La famille a souvent besoin de temps et d'un espace intime pour réaliser. A mon sens, il est important de prendre en considération l'état de deuil et le retentissement de la pathologie chez la famille, à son rythme et de la rassurer. Des techniques de la relation d'aide permettent de mesurer les différentes étapes du deuil (le choc et le déni, la colère, le marchandage, la dépression et la douleur, la reconstruction et l'acceptation).

En stage, j'ai réalisé que cet objectif ambitieux n'est pas toujours réalisable pour diverses raisons. L'épuisement familial et moral concerne bon nombre de proches de personnes atteintes de troubles mentaux. De plus, certaines histoires de vie font que le lien avec la famille naturelle n'est pas forcément recommandable, parfois, lorsque le patient est trop affecté émotionnellement cela peut compromettre son état de santé mental. Certains professionnels l'affirment : « *des relations fusionnelles peuvent être préjudiciables à son autonomisation et à son épanouissement personnel*<sup>79</sup> ». Concernant les patients dont la famille est mobilisable, il s'agissait d'accompagner la famille dans l'acceptation de la personne avec son état de santé.

Par ailleurs, l'AFT fait souvent suite à l'hospitalisation. Certaines personnes sont admises en soins sous indication de la famille. C'est l'une des raisons pourquoi les liens sont fragilisés. L'AFT présente alors une possibilité pour la personne de reconsidérer la cellule familiale, un renouveau sur d'autres bases, de prendre le temps d'accepter sa pathologie, ne

<sup>78</sup> P 40 ZRIBI Gérard et CHAPPELLIER Jean-Louis, *Penser le handicap mental*, édition ENSP, 2005

<sup>79</sup> P111 ZRIBI Gérard et SARFATY Jacques, *Handicapés mentaux et psychiques*, édition EHESP, 2008

pas être dans le déni et ainsi réenvisager son regard vis-à-vis de sa famille naturelle. Les professionnels peuvent l'accompagner dans ces étapes.

Les familles vont réagir différemment face à l'annonce de l'accueil, certaines peuvent se sentir soutenues et d'autres vont constituer des freins à l'accueil. Par exemple, Madame X, 32 ans après plusieurs hospitalisations a intégré une FAT. Informé de ces événements, sa famille naturelle prend contact avec l'équipe hospitalière pour faire valoir son droit de visite. Bien que l'équipe médicale ait tenté de travaillé sur le parcours de la personne avec la famille, un refus catégorique a été exprimé dans un premier temps. Madame X renoue donc des liens avec sa famille en passant quelques weekends en son sein. Après l'avoir interrogée sur ses conditions de vie (cigarettes, hygiène, nourriture etc.), la famille naturelle demande le retrait du placement en prônant une institution mieux organisée. Aucun membre de la famille n'est en mesure d'accueillir Madame X pour des raisons de temporalité et de moyens. Dès lors, plusieurs hypothèses se dégagent : la famille naturelle se sent-elle démunie ? en danger face à la famille d'accueil ? les professionnels ont-ils les moyens de conforter les liens avec la famille naturelle ? Existe-t-il une instance qui permet de concerter et confronter l'ensemble des acteurs gravitant autour de la personne ?

### Les projets postérieurs à l'AFT

La préparation à la sortie fait partie intégralement du projet de soins. Les professionnels s'assurent et soutiennent la continuité de chaque projet de vie individuel. A l'EPSMR, rares sont les personnes qui n'ont plus de suivi après l'AFT mais il y a généralement des progressions par rapport aux objectifs de départ. En effet, « *l'AFT constitue un outil « efficace sur les objectifs que l'on peut raisonnablement se fixer dans la prise en charge de la souffrance psychique : le respect de la personne, l'amélioration de l'insertion dans le tissu social, la préservation de la solitude et de l'isolement*<sup>80</sup> ». A l'issue de l'AFT les personnes accueillies vont en AFS, appartement thérapeutique, logement autonome etc. selon le profil. L'AFT est finalement un tremplin.

Cela dit, concernant les besoins fondamentaux des accueillis, René BAPTISTE considère qu'il y a trois axes d'intervention majeurs concernant : l'hébergement, le travail et l'accompagnement<sup>81</sup>. Sur l'ensemble des personnes interviewées, 7 personnes ont pour projet un

<sup>80</sup> HELFE Caroline, *Accueil Familial thérapeutique : une autre façon de prendre soin*, Actualités Sociales Hebdomadaires n° 2795 du 01/02/2013

<sup>81</sup> P104 BAPTISTE René, *Reconnaître le handicap psychique, développer et améliorer la réinsertion sociale et professionnelle*, édition Chronique sociale, 2005

logement autonome. 2 personnes évoquent l'emploi et toutes bénéficient d'un accompagnement spécialisé. L'hébergement et le travail sont cités explicitement dans les projets de vie des personnes. Bien que la plupart des personnes présentent des liens familiaux fragilisés, pourquoi le rétablissement des liens familiaux ne constituerait pas un axe de travail à juste titre ? Rappelons que la famille est la première instance de socialisation, la FAT intervient momentanément dans la vie du patient alors que la famille naturelle est susceptible d'être présente pour une durée plus conséquente. Informer, soutenir et relayer une certaine dynamique psychosociale pourrait peut être conforter le parcours des personnes dans la quête d'un logement et/ou d'un emploi.

### 3. Etude systémique des acteurs

J'ai choisi de travailler sur une approche systémique car je m'interroge sur l'impact du « placement » d'une personne dans le système familial thérapeutique. Cette approche permet ici de mettre en évidence les liens instaurés autour de la personne pour sécuriser son parcours de soins.

L'analyse systémique correspond à une approche « *qui envisage les éléments d'une conformation complexe, les faits (notamment les faits économiques ou les interactions relationnelles) non pas isolément mais globalement, en tant que parties intégrantes d'un ensemble dont les différents composants sont dans une relation de dépendance réciproque* »<sup>82</sup>. Les approches systémiques vont s'appuyer sur des caractéristiques intrinsèques qui portent spécifiquement sur le système lui-même. Les trois items fondamentaux sont la structure, les interactions internes et externes et la finalité.

#### *a. Les caractéristiques de la structure :*

La famille d'accueil est considérée ici en tant que système au regard de cette étude. L'ensemble des familles que j'ai rencontré sont d'origine réunionnaise. C'est pourquoi je me penche sur les caractéristiques de la famille réunionnaise. Celle-ci dans un temps relativement restreint s'est adaptée aux mutations de la société en se conformant aux modèles de l'hexagone. « *La société réunionnaise actuelle est évidemment fortement influencée par les modèles métropolitains puisque La Réunion est département français et que, par ailleurs, les échanges avec l'hexagone se sont considérablement accrus depuis un demi-siècle (médias,*

---

<sup>82</sup> Dictionnaire le Petit Larousse illustré 2012

*consommation, tourisme, mobilité professionnelle, etc.)*<sup>83</sup>. Bien que la configuration de la famille réunionnaise ait connu des changements après la départementalisation en 1946, passant de familles « nombreuses » aux familles « nucléaires », les liens de solidarités familiales sont encore très présents. « *La famille est la cellule de base de notre société. C'est en son sein que les individus peuvent trouver le soutien affectif et matériel essentiel à leur épanouissement et à leur bien-être. La famille joue un grand rôle dans l'éducation, sous toutes ses formes, et contribue activement à la transmission des valeurs et de l'identité culturelle (...). C'est particulièrement vrai à La Réunion où la notion de solidarité familiale reste très forte malgré l'évolution de la société vers des comportements plus individualistes*<sup>84</sup> ». D'ailleurs, J.PELLETIER, qui a étudié les « unités domestiques et rapports de parenté » à la Chaloupe, dans les hauts de Saint-Leu, précise qu'« *il n'y a pas dans le fond culturel réunionnais une idéologie de la famille ; tout ce qui est dit à son sujet relève beaucoup plus du domaine de la morale (c'est-à-dire des conduites) que du domaine de l'idéologie comme explication cohérente de la réalité sociale*<sup>85</sup> ». Ce mythe traditionnel de la famille réunionnaise englobe des valeurs, des rituels et des règles partagées par tous les membres. Ils ont un rôle défini et contribuent à perpétuer le système.

### *b. Les interactions*

Les familles d'accueil que j'ai rencontré (7 familles) habitent un logement de type maison individuelle accompagnée d'un jardin. Nous pouvons supposer que ce cadre est reposant pour les patients et reflète le lieu de référence du mythe traditionnel de la famille réunionnaise. Cet espace regorge de vécu, c'est un lieu serein pour ceux qui l'occupent, ce qui se fera probablement ressentir par le nouveau venu et aura un impact interdépendant. En effet, le système familial désigne « *système organisé, faits d'éléments interdépendants où le fait d'agir sur un point produit des effets sur les autres éléments* ». Dans l'organisation de l'AFT, les interactions sont internes et externes. En interne, pour analyser les interactions, il me semble important de distinguer les interactions unies par les liens du sang de la famille et celles avec la personne accueillie, externe au système familial. Pour exemple, je me suis appuyée sur un modèle de famille nucléaire, représentatif de la population réunionnaise.

---

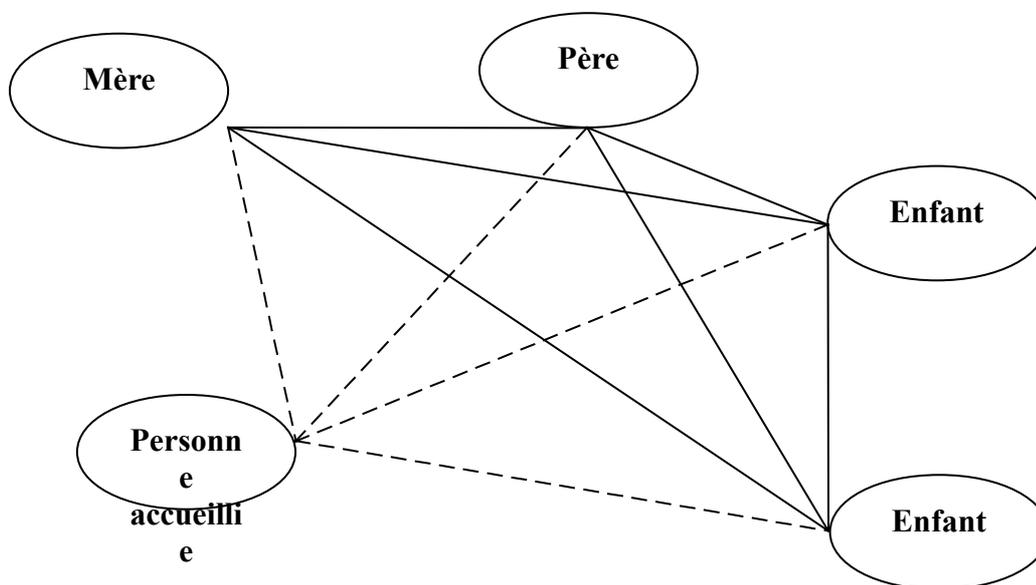
<sup>83</sup> P94 ROCHE Jean-Loup et PAYET Geneviève, *La cause des victimes : approches transculturelles, île de La Réunion et Afrique du Sud*, édition l'Harmattan, 2002

<sup>84</sup> P3 CRIESR (comité régional pour l'information économique et sociale de La Réunion), *Familles de La Réunion*, 2005

<sup>85</sup> Article Images de la mère à La Réunion, *psychiatrie française* n°5, septembre-octobre 1983

L'ensemble des FAT rencontrées sont représentées par la mère de famille. Le père ayant souvent une activité professionnelle dans un autre domaine, il est activement impliqué dans l'intégration de la personne accueillie dans la famille. Effectivement, en AFT, l'intégration d'une tierce personne au sein d'un système familial défini aura des conséquences tant sur la famille que sur la personne. En ayant la motivation de se réinsérer socialement, la personne accueillie en FAT a signé un contrat avec des objectifs de travail. Au sein de la famille, il a une fonction, celle de faire alliance avec le système pour en comprendre le sens et de s'y accommoder.

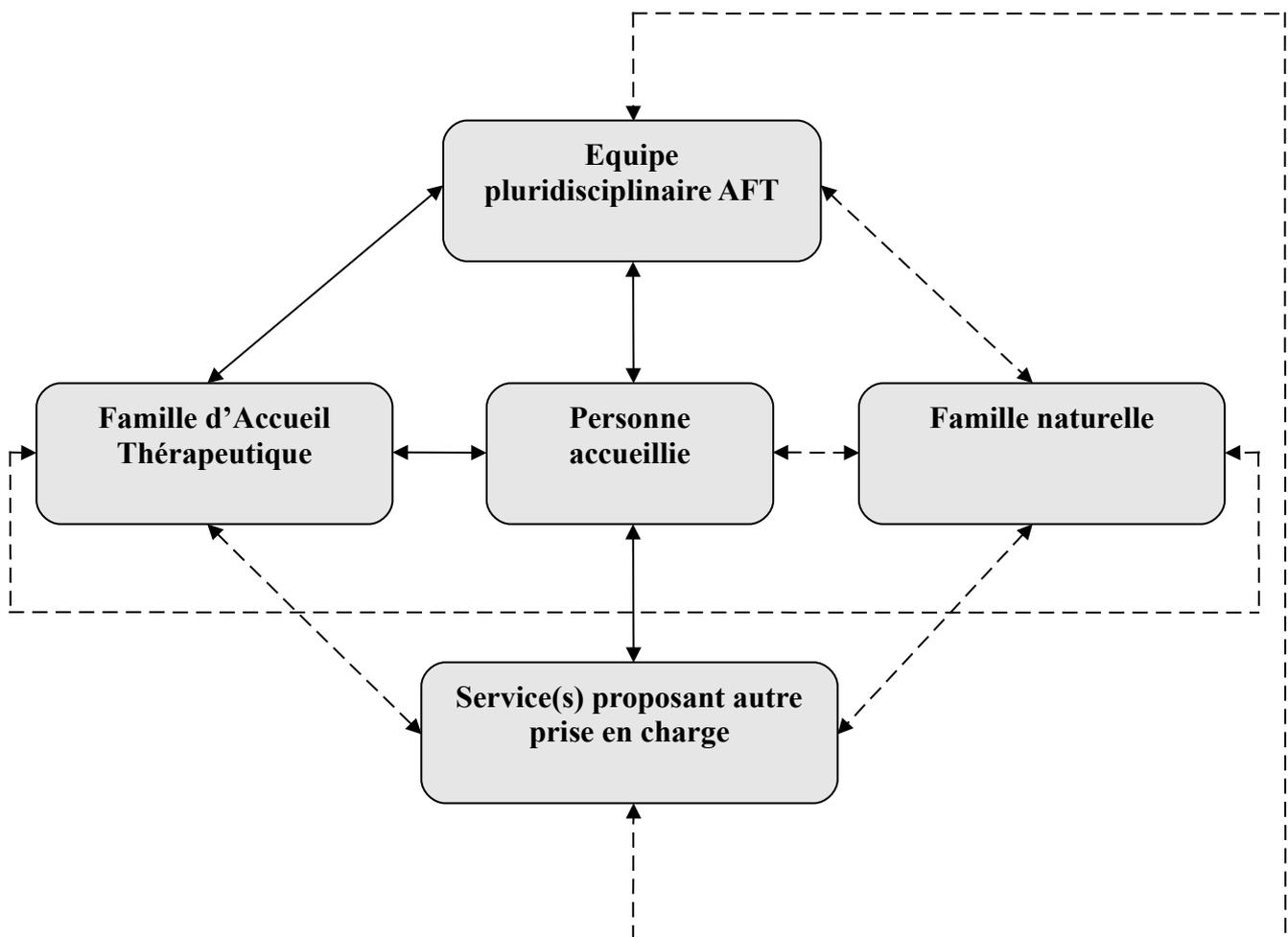
Il désigne le symptôme, dans la mesure où il constitue au corps étranger en mouvance vers le système. Son intégration aura des conséquences sur le système existant et de manière symétrique, ce système aura des répercussions sur la personne. Du côté du foyer, c'est l'organisation, les représentations de la santé mentale, les rôles attribués aux membres du système qui changent. Quant à la personne accueillie, son mode de vie, son rythme, ses représentations sociales de la famille peuvent par exemple être modifiés. Martine Segalen dans son ouvrage « sociologie de la famille » met en évidence que « *Les formes de la familles et les normes qui régissent, les comportements qu'elle abrite sont l'objet de métamorphoses qui sont à l'image des transformations du monde social* <sup>86</sup>».



*Légende : Les traits francs désignent la communication établie par la procédure AFT et les flèches en pointillés désignent une communication facultative.*

<sup>86</sup> P 88 MARTINE Segalen, *Sociologie de la famille*, édition Armand Colin, 2006

En externe, les échanges inter-systèmes mettent en évidence une variation des échanges. Ces échanges sont facultatifs en fonction des possibilités et des situations singulières. Cependant, des échanges stables perdurent entre la personne accueillie, la FAT et l'équipe pluridisciplinaire qui sont liés et favorisés par un contrat d'action. Quelque soit le nombre d'acteurs intervenant dans la situation de la personne accueillie, il se trouve au centre des intérêts et le niveau d'interaction avec les systèmes est le même que la FAT et l'équipe pluridisciplinaire.



*Légende : Les traits francs désignent la communication établie par la procédure AFT et les flèches en pointillés désignent une communication facultative.*

### *c. La finalité*

La finalité de tous les acteurs intervenant autour de la personne est sa réinsertion sociale. « Un système (familial, social, de prise en charge etc.) qui est fonctionnel, est un

*« système dont le sens et les finalités résultent d'une rencontre des finalités de chacun des acteurs. Il ne s'agit pas de sommer des intérêts individuels, mais bien de faire interagir des savoirs et des perceptions différents, des pensées et des souhaits personnels, des vécus particuliers et communs<sup>87</sup> »*. Cependant, aucune instance ne permet la rencontre et la confrontation de tous les acteurs afin d'échanger son point de vue de sa place et trouver un accord dans la résolution des dysfonctionnements. Les logiques institutionnelles ne le permettent pas cependant l'équipe AFT est souvent l'acteur qui va favoriser les liens lorsque c'est possible<sup>88</sup>.

En somme, l'environnement familial emprunt de vécu, de valeurs qui inspirent le respect viendra impacter le rôle de la personne accueillie. Au sein de cette famille règne des règles de conduite auxquelles la personne va s'imprégner. Le contrat favorise les conditions d'échange entre la personne accueillie, la FAT et l'équipe, cependant, le cadre légal n'impose pas d'instance permettant d'inclure davantage la famille naturelle dans l'organisation de l'AFT, bien que souvent, les familles poursuivent le même but que tous les acteurs : la réinsertion sociale.

## CADRE CONCEPTUEL

### I. L'EXCLUSION

Etymologiquement le mot exclusion vient du latin « Excludere » qui signifie « enfermé dehors ». On entend par là l'idée lorsqu'il se retrouve dehors, l'individu se retrouve sans choix. Avant 1974, on ne parlait pas d'exclusion mais de « retrait social ». Cette expression désignait une « pauvreté unidimensionnelle » c'est-à-dire principalement économique. Mais peu de personnes étaient concernées du fait de la croissance économique et de l'apparition des institutions de protection sociale. Dans une ère marquée par une crise économique, l'expression « exclusion sociale » a vu le jour dans l'ouvrage de René Lenoir, secrétaire d'Etat à l'Action Sociale : « Les exclus » paru en 1974. C'est à ce moment qu'on reconnaît l'existence des pauvres et on parle de « nouveaux pauvres » et que les notions de « pauvreté multidimensionnelle » et d' « exclusion sociale » mettent en évidence des mécanismes causés pas que par l'aspect économique. René Lenoir voulait à travers cet ouvrage attirer l'attention sur les personnes en situation de handicap physique, mental et psychique. Il ne comptabilisait

<sup>87</sup> P51 ZRIBI Gérard et CHAPPELLIER Jean-Louis, *Penser le handicap mental*, édition ENSP, 2005

<sup>88</sup> p49 ZRIBI Gérard et CHAPPELLIER Jean-Louis, *Penser le handicap mental*, édition ENSP, 2005

pas les chômeurs parmi les exclus.

L'exclusion correspondant à la non-réalisation des droits sociaux de base garantis par la loi. Les politiques de lutte contre l'exclusion sont entendues comme la création et l'extension des droits sociaux, « l'idée d'une citoyenneté retrouvée ». C'est la définition retenue par l'Observatoire européen des politiques nationales de lutte contre l'exclusion sociale.

Selon Robert Castel considère le contexte d'évolution technologique et sociale comme source d'exclusion. L'exclusion sociale est alors définie soit « *comme une incapacité d'expression de la situation vécue [...], c'est-à-dire une anomie sociale* », soit comme engendrant « *une culture de l'exclusion [...], des modes de vie spécifiques dans des groupes sociaux considérés par la société comme déviants, voire dangereux* ».

Dans le dictionnaire critique de l'action sociale, l'exclusion est considérée comme un défaut de la cohésion sociale globale, dans une acceptation plus individualisée, l'exclusion en est le produit ou le résultat d'un défaut d'insertion ou d'intégration. Ce défaut est traduit par la perte ou la difficulté d'accès des personnes à une place dans la société et donnant suite à une mise à l'écart durable. Ceux qui sont « dedans » et ceux qui sont « dehors » est un résultat traduisant le défaut de cohésion sociale et questionnant les mécanismes de solidarité. L'exclusion est ainsi définie comme : « *un ensemble de mécanismes de rupture tant sur le plan symbolique (stigmates ou attributs négatifs) que sur le plan des relations sociales (rupture des différents liens sociaux qui agrègent les hommes entre eux<sup>89</sup>)* ».

Nous pouvons résumer l'exclusion comme le nonaccès aux droits fondamentaux (logement, éducation, travail, citoyenneté pour certains). Ainsi, l'exclusion se caractérise par 3 dimensions :

- La sphère économique : précarité vis-à-vis de l'emploi, insuffisance des ressources.
- La non-reconnaissance : non usage des droits sociaux, droits civils, droits politique.
- Les relations sociales : déstructuration des liens sociaux.

Les personnes porteuses de troubles mentaux peuvent être touchés par ces trois dimensions de l'exclusion : les représentations sociales freinent l'accès à l'emploi, d'autant plus dans un contexte où le taux de chômage est élevé. De surcroît, ils sont majoritairement en rupture avec les liens familiaux et amicaux qui constituent des ressources essentielles au rétablissement de leur situation. L'altération des comportements, des codes sociaux affecte la participation aux droits. Les troubles affectent les capacités d'expression et donc d'échange. L'exclusion engendre une mise à l'écart durable pour les personnes

---

<sup>89</sup> P 248 Dictionnaire critique de l'action sociale de Brigitte Bouquet édition Bayard, 1995

Pourtant, d'un autre point de vue, l'exclusion suppose le regard subjectif de la société. « Dans de nombreux écrits, la question de « l'exclusion sociale » est abordée à partir de la problématique de l'absence de reconnaissance sociale et de la déstructuration identitaire qui en est corrélative. (...) Les notions d'exclusion sociale et de lien sociale relèvent du symbolique. Elles désignent ce que devraient être les liens sociaux. L'importance accordée au « vivre-ensemble » et à la dimension éthique, la valorisation, tant dans le discours scientifique que dans le sens commun des thèmes du don, de la gratitude, de la compassion, de la souffrance, sont un indicateur de l'importance accrue des sphères de l'esthétique et de l'éthique<sup>90</sup> ».

## II. LA FAMILLE

Dans le cadre de cette étude, la famille est analysée sous 2 entités distinctes : la famille naturelle et la famille d'accueil. Je décide de m'intéresser davantage au sens de la famille naturelle en général car ce sont ses représentations qui sont susceptibles de faire évoluer les accueillis en AFT.

Plusieurs définitions sont attribuées à la famille. Selon l'objet de l'étude, la sémantique divergera. Dans le nouveau dictionnaire de l'action sociale et médico-sociale, la famille désigne un « groupe rassemblant des individus unis par une communauté de vie et par les liens du sang ». De cette définition, on peut comprendre qu'une personne accueillie en AFT dispose de deux familles distinctes : une unie par la même communauté et une par les liens du sang. Une personne passée en FAT que j'ai interrogée considère d'ailleurs que les personnes qui l'ont accueilli sont « comme une famille ».

La famille véhicule des représentations et des valeurs fortes puisque la construction d'un individu se réfère d'abord à son enfance, et donc à son environnement familial. « Le champ familial est chronologiquement le premier que chacun nous habitons, et qui est ipso facto chargé de sens, puisqu'il est le lieu où nous nous inscrivons dans le temps. Il y a – avant- et un –après- notre naissance ; cette émergence dans l'existant est située dans le temps et l'espace. Le champ familial est le réceptacle ordinaire qui le constitue à ce titre digne d'un intérêt immédiat, mais qui demeure incommunicable à ceux qui sont en dehors<sup>91</sup> ».

Symboliquement, les personnes accueillies acquièrent une famille. La famille est la

---

<sup>90</sup> P197 ZRIBI Gérard et CHAPPELLIER Jean-Louis, *Penser le handicap mental*, édition ENSP, 2005

<sup>91</sup> P81 ROUSSEAUX Noël et BALAS Bernard, *Du placement à l'accueil familial*, édition l'Harmattan, 2000

première instance de socialisation. Symboliquement, la famille représente une valeur forte et fondamentale. Cet appui favorise la reconstruction psychique et la réinsertion sociale. Lors d'une interview télévisée<sup>92</sup>, il est précisé que « *les personnes font dans la majorité des cas des transferts. On leur propose un schéma familial auquel ils s'identifient* ». Un article publié dans le magazine Actualités Sociales Hebdomadaires appuie ce principe en précisant que « *Proposer une famille d'accueil à un patient, c'est lui reposer un théâtre familial avec des figures parentales significatives et structurantes, à même de lui donner des réponses différentes de celles avec lesquelles il a dû composer dans son histoire*<sup>93</sup> ». Réconcilier avec les valeurs et principes de la famille peut à mon sens faciliter la réconciliation avec la famille naturelle en cas de rupture engendrée par la pathologie. « *En tant qu'institution de la société, l'institution familiale est un échantillon du monde et comporte à ce titre l'intérêt majeur d'être le support d'interactions vivantes, qui sont autant de réactivations des interactions du patient avec sa famille d'origine* ». Mais sans présenter les mêmes enjeux affectifs. Il est ainsi possible au patient de « *traverser des paysages du rapport à l'autre, des étapes subjectives lui permettant de « grandir »*<sup>94</sup> ».

Bien que la FAT est un professionnel et de ce fait doit pouvoir prendre de la distance affective vis-à-vis de la personne accueillie, elle peut faire démonstration de son affection pour ses enfants. La personne peut alors s'identifier symboliquement à un enfant. Les risques sont une chronicisation de la pathologie notamment si elle est d'origine infantile ou se positionner dans l'excès de demande en sollicitant démesurément la FAT.

En cas de rupture de lien avec la famille naturelle, l'intégration dans une famille peut être bénéfique symboliquement pour faire la paix avec la famille. Cette vision de la famille harmonieuse peut envisager une reconstruction sur des bases primaires solides pour encourager le rétablissement des liens familiaux. L'instauration d'un cadre peut sécuriser les personnes notamment celles en manque de repères. A contrario, cet environnement peut être nocif à la progression car trop éprouvant renvoyant aux rapports avec la famille naturelle.

### III. L'INSERTION SOCIALE

<sup>92</sup> Consulté le 06/01/204 sur le site [http://www.dailymotion.com/video/x15n94d\\_france-2-l-accueil-familial-therapeutique-a-ainay-le-chateau\\_lifestyle](http://www.dailymotion.com/video/x15n94d_france-2-l-accueil-familial-therapeutique-a-ainay-le-chateau_lifestyle)

<sup>93</sup> HELFE Caroline, *Accueil Familial thérapeutique : une autre façon de prendre soin*, Actualités Sociales Hebdomadaires n° 2795 du 01/02/2013

<sup>94</sup> HELFE Caroline, *Accueil Familial thérapeutique : une autre façon de prendre soin*, Actualités Sociales Hebdomadaires n° 2795 du 01/02/2013

Le petit Larousse<sup>95</sup> définit le verbe « s'insérer » comme « *trouver place dans un ensemble* » et l' « insertion » comme le « *fait de s'insérer dans un groupe* ».

Selon Maryse BADEL<sup>96</sup>, il n'est pas approprié de définir l'insertion comme un modèle à atteindre car il n'existe pas d'image sociale uniforme. Elle propose la définition suivante axée sur l'autonomie sociale

*« L'insertion sociale se compose des actions liées au logement, la santé, l'alphabétisation, l'organisation quotidienne et aux démarches administratives. Plus précisément, il s'agit de démarches liées à la santé physique, mentale ou à l'alcoolisme, (...) Saisie de la sorte, l'insertion sociale désigne les mesures de réadaptation à la vie quotidienne ».*

De cette définition, l'insertion sociale fait des individus des sujets de droit. L'action s'inscrit dans un processus de changement, ici d'adaptation aux actes de la vie quotidienne. Elle précise dans la définition un aspect de la personne accompagnée qui peut freiner l'action : la santé physique, mentale ou l'alcoolisme. Elle finit par résumer en employant le terme réadaptation. Vis-à-vis des personnes en situation de maladie mentale, on peut effectivement faire référence à une démarche de réadaptation, de réinsertion (ce qui suppose qu'ils ont auparavant été insérés) mais aussi d'adaptation, d'insertion. Le Ministère des Affaires Sociales propose la définition suivante, plus axée sur l'intervention sociale :

*« L'insertion sociale concerne l'accompagnement social de la personne. L'insertion sociale globale désigne un ensemble d'actions d'accompagnement personnalisé visant un effet global d'interventions croisées (emploi, soins, logement, culture, éducation)<sup>97</sup> ».*

D'après une étude de la DREES<sup>98</sup> « *Toutes les dimensions de l'insertion sociale, logement stable et correct, emploi, confiance en soi, santé correcte, apparaissent ainsi liées les unes aux autres et s'influencent entre elles* ». La DREES apporte un nouvel aspect par rapport aux citations ci-dessus, celui de l'interdépendance des composantes que vise l'insertion sociale.

Je m'accorde avec la définition selon laquelle l'insertion sociale serait l'action ayant pour objectif de faire évoluer une personne isolée ou marginale vers un état où les échanges avec son environnement social sont considérés comme satisfaisants. L'insertion sociale

<sup>95</sup> P577 Le petit Larousse illustré 2012

<sup>96</sup> P520 BADEL Maryse, *Le droit social à l'épreuve du revenu minimum d'insertion*, édition Presses Universitaires de Bordeaux, 1997

<sup>97</sup> Définition donnée par la Commission de terminologie et de néologie du domaine social du Ministère des Affaires Sociales – consulté le 18/12/2013 sur le site <http://www.social.gouv.fr/htm/modedemploi/index.htm>

<sup>98</sup> Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publiée le 01/03/2004. Consulté le 13/04/2014 sur le site <http://www.drees.sante.gouv.fr/insertion-sociale-et-conditions-de-vie-des-beneficiaires-de-minima-sociaux,4657.html>

nécessite l'appropriation des valeurs, des règles et des normes du système au sein duquel a lieu l'insertion. Elle revêt plusieurs dimensions : familiale, scolaire, professionnelle, économique, culturelle, logement etc. Agir pour que quelqu'un puisse se réadapter à la vie sociale.

L'insertion sociale est la visée de l'accompagnement social des personnes en situation de handicap psychique. L'accueil familial thérapeutique est l'une des solutions qui permet d'aboutir à cet objectif. De par son aspect multidimensionnel, l'insertion sociale balaye tous les champs de la vie en société qui permettent aux personnes de tendre vers l'autonomie.

## PROBLEMATIQUE SOCIALE

Les personnes présentant des troubles mentaux se confrontent à des difficultés sociales. D'une part, l'entourage peut ressentir une incompréhension, ne plus reconnaître la personne et ainsi manifester un rejet ou installer une distance. D'autre part, les proches peuvent s'avérer démunis face à la personne. Des comportements peuvent s'avérer inadéquats malgré la bonne volonté des protagonistes. Les troubles mentaux viennent interférer sur les relations, la communication avec l'Autre. C'est pourquoi, il est nécessaire de travailler les habilités sociales.

Par ce qu'il y a des conséquences sociales inquiétantes, une altération dans les relations sociales, l'accompagnement social prend une place prépondérante dans le parcours de soin. L'ASS de par ses connaissances des troubles, des services et institutions, des dispositifs et de sa technicité d'intervention peut aider la personne à s'inscrire dans une démarche d'insertion sociale avec sa famille.

Le phénomène d'exclusion peut être avéré de la part de la famille mais aussi de la part de la société en général. De par notamment la méconnaissance des pathologies, les personnes atteintes de troubles mentaux sont stigmatisées. La société éprouve des craintes et frayeurs vis-à-vis de ce public. Des représentations sociales subsistent et freinent la participation à la vie en société. Pourtant, certains proches des personnes malades sont accompagnés dans l'acceptation du handicap, se battent à travers les médias et associations pour dénoncer ces faits à la société.

L'AFT porte sur l'instauration d'un climat de confiance, l'importance de la proximité, l'acceptation de l'Autre avec son handicap, un relationnel qui fonctionne bien, un accueillant soutenu par l'équipe. En outre, l'AFT est moins onéreux, permet un travail de proximité sur les habilités sociales, les gestes du quotidien, amène les personnes vers l'autonomie.

Dans le même temps, les pouvoirs publics ont la volonté de « décloisonner » les murs de l'hôpital. L'AFT répond à cette variante. Plusieurs prises en charge sont possibles en établissement social et médico-social et en extra-hospitalier. L'orientation s'effectuera selon le profil de la personne, son histoire de vie singulière et son projet. L'AFT peut être favorable au parcours sous quelques conditions. Un travail pointu en amont semble nécessaire puisque les répercussions sont aléatoires. La famille naturelle, la famille d'accueil et les autres acteurs gravitant autour de la personne doivent être associés au projet individuel.

Pourtant, les personnes accueillies interrogées présentent une situation où il manque un acteur primordial qui est la famille naturelle. Bien qu'il n'existe aucune instance de concertation avec elle, l'alliance avec cette dernière serait propice au rétablissement de la pathologie et à la réinsertion sociale des jeunes entre 16 et 35 ans.

Etant donné que ces éléments viennent faire état de ce qui freine l'insertion sociale, je tends vers la problématique suivante :

### **Comment encourager le partenariat avec la famille naturelle pour envisager l'insertion sociale des jeunes accueillis en AFT ?**

#### **HYPOTHESE**

D'une façon générale, il ressort que les étapes d'un AFT doivent minutieusement être travaillées en équipe pluridisciplinaire. En effet, il apparaît la nécessité d'articuler les acteurs gravitant autour de la personne dans son parcours de soins. Fortifier le partenariat et la coordination notamment avec la famille naturelle quand c'est possible. Ceci s'avère nécessaire pour sécuriser le parcours de la personne et lui permettre une insertion dans les conditions optimales. La présence de sa famille naturelle dans son parcours de soins peut générer chez la personne un sentiment de sécurité et favoriser son insertion. Ainsi, le sentiment subjectif d'exclusion se décompose pour envisager la réinsertion.

Du côté des professionnels, cette approche permettrait de faire évoluer les pratiques. La famille naturelle sera alors incluse dans la procédure de l'AFT et ne peut constituer qu'une ressource pour la réinsertion sociale des personnes. En effet, les familles connaissent le mieux les patients, leur mode de vie, leur craintes aussi. C'est pourquoi ces propos seront utiles à l'équipe afin d'intervenir au mieux et favoriser le succès du placement. Ainsi, l'hypothèse serait formulée de la façon suivante :

**L'invitation de la famille naturelle à une réunion de concertation en AFT inciterait le**

## **partenariat ayant pour but l'insertion sociale des jeunes.**

### **CADRE METHODOLOGIQUE**

#### Objectif

L'objectif est de vérifier si l'invitation de la famille en commission AFT lors de la désignation d'une famille d'accueil permettrait de sécuriser le parcours de soins des personnes accueillies en AFT.

#### Choix de l'échantillon

Afin de vérifier mon hypothèse, j'axerai mon étude auprès d'un échantillon de 20 aidants familiaux choisis de manière aléatoire.

#### Outil de vérification

L'outil de vérification sera l'entretien semi-directif. Les thématiques abordées seront : le profil du patient (histoire de vie, ses goûts, son projet de vie etc.), la manifestation des troubles (les contre-indications, les caractéristiques etc) et les objectifs thérapeutiques seront discutés dans un souci de transparence avec l'accord du patient.

#### Les modalités d'investigation

Au regard des moyens logistiques de l'institution, il me semble pertinent de songer les intéressés directement à l'EPSMR. Lorsque l'équipe aborde la situation d'une personne, le membre de sa famille présent est appelé à la rejoindre en réunion de commission AFT. Les échanges sur les observations de l'équipe pluridisciplinaire et celle de la famille permettront de croiser les regards de tous les acteurs, de mieux cerner le profil, de trouver une solution approuvée par la majorité, et de sélectionner la famille la plus adéquate.

#### Le partenariat

Le travail partenarial serait une plus-value pour diversifier les éventuelles réponses et les regards. L'ARFAHM me paraît le partenaire le plus adapté à la situation du fait de sa mission principale consistant à aider les proches ou la famille des personnes porteuses de troubles mentaux.

### **PERSPECTIVES**

Ce travail de recherche m'a permis de pointer un axe d'intervention vis-à-vis des relations avec la famille naturelle. Des associations de soutien aux aidants telles que

l'ARFAHM viendront conforter ce travail partenarial avec la famille.

Face aux difficultés de logement des personnes atteintes de troubles mentaux, une association peut être créée par le service social pour faciliter son accès par un système de sous-location. Ce contrat signé avec la personne précise les règles, parmi lesquelles son engagement à suivre son traitement, et les conditions de relogement ou de glissement du bail. Les appartements peuvent être individuels ou partagés. Suivant leurs revenus, les résidents peuvent bénéficier du Fond Solidarité logement (FSL) pour la caution, la première redevance et l'ouverture des compteurs.

Sensibiliser la population s'avère nécessaire pour faire évoluer les mœurs et les représentations sociales. Faire abstraction de nos représentations semble impossible par essence. En revanche, nous pouvons en prendre conscience et les utiliser pour trouver des points qui font sens communs. Des campagnes de communication peuvent être menées ainsi que des actions telles que des séminaires colloques lors par exemple de la semaine de la santé mentale qui a lieu annuellement.

Les séminaires et colloques permettront par ailleurs d'activer la veille sociale. En tant que future professionnelles, il m'est important de poser un regard critique sur ma pratique et de la faire évoluer.

## CONCLUSION

En somme, l'AFT est une alternative à l'hospitalisation consistant en une phase de réadaptation et d'acquisition d'une certaine autonomie, au cours de laquelle la prise en charge sociale permet (entre autres) de vérifier l'hypothèse d'un regain en autonomie. Lorsque les liens sont possibles, le schéma familial substitutif apporte de nouveaux « outils » à l'accueilli pour travailler le quotidien. Le placement pourrait générer chez la personne placée le sentiment d'appartenance à un groupe de socialisation, ce qui lui permet de travailler les habilités sociales, c'est une étape dans un objectif d'insertion.

Chaque personne atteinte de troubles mentaux est différente et la manifestation des troubles intervient différemment. L'orientation vers de l'AFT est pertinente selon les profils et les possibilités. Celle-ci va dépendre du projet individuel de chaque patient. Pour certains, l'hôpital est sécurisant, pour une grande majorité, il est vécu comme un calvaire. Dans ce cas, des alternatives à l'hospitalisation générale sont possibles comme les appartements thérapeutiques, les résidences d'accueil etc. Les professionnels se confrontent alors à un travail important pour favoriser l'accès aux soins et ses bonnes conditions. Toutefois, je me

rends compte que des points de vigilance sont à considérer. L'effet escompté dépendra de facteurs parfois non perceptibles.

Certaines familles naturelles ne sont pas en mesure d'apporter l'attention et cette distance professionnelle nécessaire au rétablissement du patient. Malgré ses bonnes intentions, la maladie mentale nécessite un accompagnement soutenu et spécifique. Pour la soutenir, les professionnels peuvent intervenir. Il s'agit des premiers partenaires à mobiliser. J'ai réalisé que le soutien de la famille naturelle est source d'apaisement propice à la réinsertion sociale. Quelles sont alors les mesures mises en place pour soutenir les aidants ? Quels sont les freins du partenariat et comment y remédier ?

Ce travail m'a permis d'accéder à d'autres problématiques environnantes qui ont le mérite d'être traitées : les personnes atteintes de troubles mentaux se retrouvent de plus en plus en prison même si un diagnostic psychiatrique est effectué systématiquement avant l'incarcération. Dans un même temps, les hôpitaux psychiatriques manquent de moyens et sont surpeuplés. D'autres dispositifs visant le décroisement et la réinsertion sociale peuvent être développés comme l'AFT mais sont peu exploitées.



## Bibliographie

### OUVRAGES

- BADEL Maryse, *Le droit social à l'épreuve du revenu minimum d'insertion*, édition Presses Universitaires de Bordeaux, 1997
- BAPTISTE René, *Reconnaître le handicap psychique, développer et améliorer la ré-insertion sociale et professionnelle*, édition Chronique sociale, 2005
- BOUTON Michel, DERRIEN Marie-Laure, DRON Christian, GENTIL Fabienne, MOLINA Yvette, ROLLAND Marie et TROMBERT Christophe, *DCI Intervention professionnelle en service social DEASS*, édition Vuibert, 2008
- CRIESR (comité régional pour l'information économique et sociale de La Réunion), *Familles de La Réunion*, 2005
- DE ROBERTIS Christina, ORSONI Marcelle, PASCAL Henri et ROMAGNAN Micheline, *L'intervention sociale d'intérêt collectif de la personne au territoire*, édition presses de l'EHESP, 2008
- GODFRYD Michel, *Le droit de la santé mentale*, édition heures de France, 2000
- GOFFMAN Erving, *Asiles, Etude sur la condition sociale des malades mentaux*, les éditions de minuit, 1968
- GREACEN Tim et JOUET Emmanuelle, *Pour les usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*, édition érès, 2012
- MARTINE Segalen, *Sociologie de la famille*, édition Armand Colin, 2006
- PERASSE Martine, *L'accueil familial thérapeutique pour adulte. Des familles qui soignent ?* édition Lavoisier 2012
- PERES Rémi, *Thèmes d'actualité sanitaires et sociaux*, édition Vuibert, 2009
- QUETEL Claude, *Histoire de la folie, de l'antiquité à nos jours*, édition Tallandier, 2009
- ROCHE Jean-Loup et PAYET Geneviève, *La cause des victimes : approches transculturelles, île de La Réunion et Afrique du Sud*, édition l'Harmattan, 2002
- ROUSSEAUX Noël et BALAS Bernard, *Du placement à l'accueil familial*, édition l'Harmattan, 2000
- SASSOLAS Marcel, *Quels toits pour soigner les personnes souffrant de troubles psychotiques ?* édition érès, 2012

- ZRIBI Gérard et CHAPPELLIER Jean-Louis, *Penser le handicap mental*, édition ENSP, 2005
- ZRIBI Gérard et SARFATY Jacques, *Handicapés mentaux et psychiques*, édition EHESP, 2008

## SOURCES INTERNET

- <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000343769&dateTexte=>
- [www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/travailleur\\_social.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/travailleur_social.pdf)
- <http://www.famidac.fr/article20.html>
- [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg\\_id=10&ref\\_id=16992](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=10&ref_id=16992)
- [http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/33\\_010405.htm/](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/33_010405.htm/)
- [http://www.who.int/topics/mental\\_disorders/fr](http://www.who.int/topics/mental_disorders/fr)
- <http://www.sante.gouv.fr/introduction.html>
- [http://www.invs.sante.fr/publications/2007/prevalence\\_sante/mentale/prevalence\\_sante\\_mentale.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2007/prevalence_sante/mentale/prevalence_sante_mentale.pdf)
- <http://www.unafam.org/-Le-handicap-psychique-.html>
- <http://www.unafam.org/-Qui-sommes-nous-.html>
- <http://www.social.gouv.fr/htm/modedemploi/index.htm>
- <http://www.drees.sante.gouv.fr/insertion-sociale-et-conditions-de-vie-des-beneficiaires-de-minima-sociaux,4657.html>
- <http://www.sante.gouv.fr/fiche-6-les-soins-psychiatriques.html>
- [http://www.zinfos974.com/La-psychiatrie-a-La-Reunion-L-EPSMR-nuance-les-critiques\\_a63357.html](http://www.zinfos974.com/La-psychiatrie-a-La-Reunion-L-EPSMR-nuance-les-critiques_a63357.html)

## ARTICLES

- BENJAMIN Anna, Article paru dans le journal Le Monde, le 20/04/2012
- CHEVREUL Karine, PRIGENT Amélie, BOURMAUD Aurélie, LEBOYER Marion et DURAND-ZALESKI Isabelle, Article de Européa, Neuropsychopharmacology, 2013
- HELFE Caroline, *Accueil Familial thérapeutique : une autre façon de prendre soin*, Actualités Sociales Hebdomadaires n° 2795 du 01/02/2013
- PICART Joël et RZEPA Janine, *Accueil familial thérapeutique*, revue "Souffles" psy tout terrain n° 168, janvier 2003

- Article de la revue Soins Gériatriques n°71 mai-juin 2008
- Capital n° 144, septembre 2003
- [http://www.lien-social.com/spip.php?article1394&id\\_groupe=8](http://www.lien-social.com/spip.php?article1394&id_groupe=8)
- Article Images de la mère à La Réunion, psychiatrie française n°5, septembre-octobre 1983

## **RAPPORTS**

- STATISS Statistiques et indicateurs de la Santé et du Social 2012 océan indien
- Rapport missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie présenté au Ministre de la santé et des sports établi par Monsieur Edouard COUTY Conseiller Maître à la Cour des Comptes en janvier 2009
- Rapport WHR de l'Organisation Mondiale de la Santé 2002
- Rapport de l'Assemblée Nationale : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp>

## **VIDEOS**

- [http://www.dailymotion.com/video/xhntkd\\_jean-mallot-l-accueil-familial-therapeutique\\_news](http://www.dailymotion.com/video/xhntkd_jean-mallot-l-accueil-familial-therapeutique_news)
- [http://www.dailymotion.com/video/x15n94d\\_france-2-l-accueil-familial-therapeutique-a-ainay-le-chateau\\_lifestyle](http://www.dailymotion.com/video/x15n94d_france-2-l-accueil-familial-therapeutique-a-ainay-le-chateau_lifestyle)

## **DICTIONNAIRES**

- Dictionnaire le petit Larousse illustré 2012
- Dictionnaire critique de l'action sociale de Brigitte Bouquet édition Bayard, 1995

## **LETTRES ELECTRONIQUES**

- Lettre électronique du FIPHFP n°11 / Juin 2013
- [http://www.inserm.fr/content/download/63292/421279/version/1/file/Dossier\\_SS10\\_S EPT\\_OCT2012.pdf](http://www.inserm.fr/content/download/63292/421279/version/1/file/Dossier_SS10_S EPT_OCT2012.pdf)