

Introduction et état des lieux

lundi 13 octobre 2014, par Etienne

L'administration française est-elle "la plus bête du monde" ? - Les cloisonnements absurdes et les clivages pervers entre "placement familial spécialisé", "accueil familial social", et "accueil familial thérapeutique"...

1.1. Introduction.

1.1.1. Limites de l'étude.

Après avoir rédigé plusieurs ouvrages sur l'accueil familial [Accueil familial Mode d'accueil alternatif au maintien à domicile et au placement en établissement spécialisé : les personnes handicapées ou âgées sont prises en charge au domicile de particuliers agréés et contrôlés par les conseils départementaux \(ou par des établissements de santé mentale\)](#), thérapeutique, depuis le premier, collectif [1], destiné à présenter l'ensemble d'un sujet à l'époque quasi-vierge, jusqu'à [Famille d'accueil, un métier](#) [2], dans lequel je tentais de faire le point sur le statut des familles d'accueil, le temps me semblait venu de discuter des dimensions théoriques de ce travail demeuré mystérieux.

La question de fond que je me pose dans le présent ouvrage est toute simple : comment "fonctionne" au long cours l'accueil, dans une famille étrangère, d'un jeune en difficulté sociale grave, ou toxicomane, ou autiste, ou d'un adulte psychotique, schizophrène, ou encore d'un vieillard dément ? Tout au long de mon étude nous retrouverons cette question et le paradoxe qui l'entoure ; ça marche "comme ça", "naturellement", comme ça a toujours marché depuis que le monde est monde, sans doute ; mais en même temps tout cela devient extraordinairement compliqué, et pourquoi ne pas le dire mystérieux, dès lors que l'on décolle un tant soit peu du "comme ça" et que l'on tente de le faire entrer dans l'univers de la théorie.

J'ai ensuite été placé devant un choix majeur : être le maître d'oeuvre d'un ouvrage collectif ou m'atteler seul à sa rédaction ? La raison me poussait vers la première alternative. Mais je l'écartais rapidement. L'exemple du livre intitulé [les Placements familiaux thérapeutiques](#) me montrait que certes le résultat pouvait ne pas en être dénué d'intérêt, mais qu'il demeurerait néanmoins fort limité car constitué de pièces et de fragments, sans réelle unité. Or le moment où nous en sommes rendus dans le domaine des sciences humaines est bien particulier : tout paraît si compliqué que des sujets, qu'un individu moyennement compétent dans son domaine pouvait encore voici peu cerner, paraissent éclater en fragments, ceux-ci évoluant sous l'action de forces centrifuge jusqu'à être à leur tour objet d'éclatements, etc. Cette machine fonctionne de plus en plus de manière schizophrénique. plutôt que de chercher à donner un sens au réel, on l'opacifie en le "déconstruisant" J'ai donc fait le choix de ne pas m'engager dans cette voie de la fragmentation et de tenter de synthétiser, seul, l'ensemble de ce que je pouvais rattacher à [l'accueil familial thérapeutique AFT Accueil Familial Thérapeutique Des personnes souffrant de troubles mentaux peuvent être prises en charge au domicile de particuliers formés, agréés et employés par des établissements psychiatriques](#).

Une question adjacente aura donc été l'immensité des champs épistémologiques traversés. L'anthropologie et l'ethnologie, mais aussi la sociologie, la psychosociologie, l'histoire des institutions, la psychanalyse, la clinique psychiatrique, le systémisme, et enfin, last but not least la philosophie, ce qui fait tout de même beaucoup ! Une conclusion s'impose d'elle-même ; mon travail est imparfait et incomplet. Je l'espère du moins honnête. Si outre mes lectures et mes recherches d'autodidacte, j'ai une formation de psychanalyste, et si avoir exercé comme tel me permet de parler freudien et lacanien, si mon long compagnonnage au sein du mouvement de Psychothérapie institutionnelle me donne des facilités pour ce qui concerne l'institutionnel, mes références systémistes seront en revanche livresques et discursives. Je travaille en effet avec un confrère adepte "cool" et intelligent des théories systémistes et ai pu, à son contact, évoluer et élargir mes perspectives. Je l'en remercie. Le lecteur un tant soit peu perspicace sentira bien néanmoins que cette approche n'a pas ma sympathie ; mais je la respecte, et j'espère avoir intégré au mieux, et de manière critique, ce qui me semble le meilleur de l'esprit de ces théories, celui qui fondamentalement cherche plus qu'il ne trouve de réponses.

Par ailleurs, je reconnais parfois pouvoir donner l'impression de m'évader hors de mon sujet, qui n'est au fond que l'accueil familial thérapeutique, pour voler bien loin au dessus, et associer sur autre chose, avant de revenir à mi-chemin, avant de m'échapper à nouveau. Plus qu'une diffuence, et plutôt que de me contenter de me référer à un mode de pensée aporétique, vers lequel naturellement, j'incline, j'y vois avec un certain recul une démarche volontaire, ce qui m'oblige à l'exercice narcissique de l'auto-justification. Ceux qui me connaissent en effet peuvent témoigner du fait que j'ai toujours été non pas "marginal" (le mot me semblerait très excessif), mais quelqu'un de la "lisière". J'ai toujours été attiré par des pratiques professionnelles limites, ce qui m'a poussé naturellement vers l'expérimentation de formules nouvelles et à faire preuve d'originalité, mais presque par inadvertance. Tout cela pour expliquer que maintes déambulations conceptuelles me sont naturelles, alors qu'elle paraîtront superfétatoires à certains lecteurs. La lecture du récent essai de Jacques Attali [3] m'a rappelé la dimension labyrinthique qui se trouvait fondamentalement au sein de ce type de démarche intellectuelle.

Au total, si j'ai en effet voulu démontrer quelques rares choses, j'espère l'avoir fait sinon "anarchiquement", du moins en respectant les capacités de chaque lecteur à apporter au débat ses propres expériences et ses propres lectures. C'est ainsi que j'ai parfois

amené sur le devant de ma scène discursive des auteurs souvent extérieurs au sujet, laissant relativement dans l'ombre les textes spécifiquement consacrés à l'accueil familial thérapeutique. Que les auteurs de ces derniers n'y voient pas une marque de mépris à leur égard, mais au fait que réaliser une synthèse de leurs travaux ne m'intéressait guère, je l'avoue. Je ne me suis pas donné la peine de rédiger cet ouvrage pour répéter ce qui est par exemple colligé dans les Actes des congrès de La Baule (1986) [4], d'Angers (1989) [5] ou de Strasbourg (1992) [6] sur l'accueil familial thérapeutique. En revanche, j'ai tenté de réaliser une synthèse d'importants travaux portant sur les "colonies familiales", trop peu connus, ceux de Denise Jodelet pour ce qui concerne Ainay-l-Château, de Marie-Noëlle Schurmans à Lierneux, d'Eugeen Roosens à Geel, car un tel travail méritait un effort particulier, que j'ai pu personnellement réaliser grâce à "la mise au vert" et la méditation durant un été entier, et sur laquelle j'ai continué à oeuvrer durant les deux années qui ont suivi.

On sera à ce dernier sujet, peut-être surpris de lire une sorte d'acharnement à y retrouver une dimension totalitaire, qui se redouble de ma sensibilité à ce thème dans mon propre travail quotidien. C'est qu'en effet ceci est réellement fascinant : l'accueil familial est à la fois étonnamment efficace pour le soin des enfants, des adolescents, des adultes et des personnes âgées en souffrance ; mais il est extraordinairement efficace, aussi, pour plonger les personnes dans un espace étouffant, négateur de toute altérité, et donc déshumanisant. L'accueil familial, qu'il soit dit "thérapeutique", "social" ou "spécialisé" est donc de ce point de vue un formidable modèle de la mise en évidence des contradictions et des paradoxes qui troublent notre monde moderne. C'est ce qui, au fond, motive mon long parcours en son sein.

1.1.2. Organisation et plan.

La présente introduction précède un sous-chapitre dans lequel je tente un bref mais substantiel "état des lieux", en France, mais aussi dans le monde. Je n'y reprend pas l'historique du placement familial que j'ai présenté à plusieurs reprises dans mes livres précédents et récemment encore dans ma contribution au "Tombeau" de François lesquelles que constitue, grâce à Pierre Delion, L'actualité de la psychothérapie institutionnelle [7]. Je me contente de rapporter ce dont j'ai été le témoin ces dix dernières années et qui structure l'accueil familial thérapeutique. En ce qui concerne la situation du placement familial dans le monde, je n'ai évidemment pas une ambition d'exhaustivité, mais étant à peu près, à une ou deux exceptions près, le seul Français à fréquenter les congrès anglophones sur le sujet, je souhaite donner l'envie au lecteur de "lever la tête" et d'admettre que si la France bien entendu est la meilleure, les autres pays ont des pratiques intéressantes ! J'y livrerai chemin faisant un minimum de références bibliographiques permettant d'avoir des entrées informatives.

Les chapitres 2 et 3 sont consacrés aux approches anthropologiques pouvant offrir des aperçus nouveaux sur l'accueil familial. J'y distingue, même si l'exercice m'a parfois paru difficile et un peu académique, le registre des "savoirs profanes" de celui des "rites profanes". Les deux thèmes sont en réalité étroitement liés. Le chapitre suivant est centré sur deux problématiques complémentaires et fondamentales. J'ai donné à la première la dénomination de "peur de l'Autre", et traiterai de ce que produit, fondamentalement, pour une population, le fait d'être au contact de malades mentaux et de handicapés. Pour ce faire, plutôt que de discourir dans l'abstrait ou de faire appel à des phénomènes se produisant sur une petite échelle, je ferai largement référence à la formidable étude déjà citée de Denise Jodelet réalisée dans l'une des deux "colonies familiales" existant en France. La question n'est bien entendu pas ici pour moi de me prononcer pour ou contre le système des colonies, car bien évidemment, si je suis un défenseur de l'accueil familial thérapeutique, je reconnais que le principe de la "colonie" est dépassé, appartient au monde du XIX^{ème} siècle et aurait dû depuis longtemps, si l'État avait fait son travail, être réformé en profondeur.

Mon problème est ici, dans le cadre de ces approches théoriques, d'en étudier les ressorts psychologiques et sociaux, dans des situations quasi expérimentales de cohabitation d'humains "normaux" et "non normaux". La deuxième série de problématiques m'amènera à analyser, du point de vue de l'image du corps, les conséquences qu'a pour un être "non normal", le fait de vivre dans la cité. Je suis dans ce chapitre contraint de décrire autour de mon thème majeur de larges cercles concentriques, quasi labyrinthiques, nous éloignant à certains moments pour nous en rapprocher ensuite, de l'accueil familial thérapeutique à proprement parler.

Je prie les impatients par avance de m'en excuser. Je me rapproche en revanche de mon sujet dans le chapitre consacré, comme je l'ai annoncé, aux phénomènes totalitaires observables en accueil familial, dans lequel je m'intéresse aux aspects les plus négatifs du système. Car si je suis un ardent défenseur de cette forme à la fois antique et moderne de prise en charge par la société des personnes en difficulté, n'ayant rien d'un naïf, je sais, après avoir largement payé le prix, ce qui en constitue les risques. Les deux derniers chapitres sont consacrés aux approches plus spécifiquement psychopathologiques. L'un est centré sur cette question un tantinet provocatrice, mais qui m'est souvent posée, de savoir pourquoi, et comment, des personnes sans aucune formation technique, psychologique, médicale, éducative, réussissent parfois mieux que d'authentiques professionnels. J'y traite donc des qualités thérapeutiques que je qualifie de "sauvages". L'ultime chapitre tente de faire le point sur la dimension "institutionnelle" de l'accueil familial thérapeutique. La conclusion me donne enfin l'occasion d'effectuer quelques mises au point d'ordre éthique et politique, à propos de l'évolution des pratiques contemporaines de soins et d'éducation spécialisée.

1.2. État des lieux.

1.2.1. En France. Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales de 1994. Les cloisonnements absurdes et les clivages pervers entre "placement familial spécialisé", "accueil familial social", et "accueil familial thérapeutique".

Je me crois obligé de faire cette triste mise au point introductive, bien qu'elle ne m'amuse guère, car elle pèse, en France, sur toute approche réellement thérapeutique ou éducative de l'accueil familial, et bloque tout progrès. Notre beau pays est en effet marqué par ce paradoxal : il y naît de bien belles idées ; mais elles se délitent sous l'effet de ce que la machinerie sociale met en place pour,

soi-disant, les gérer et les officialiser. L'accueil familial thérapeutique en fournit un bon exemple.

Résumons ce qui s'est produit durant les vingt dernières années Les équipes soignantes du XIII^{ème} arrondissement de Paris, ont, au début des années soixante-dix, l'idée de faire sortir de vieux malades mentaux des services de psychiatrie et de les confier à des familles qui au départ ne leur sont rien, et qui sont nommées "familles d'accueil". L'idée est novatrice, n'a que des rapports éloignés avec la pratique des colonies familiales du début du siècle, quoi qu'ayant néanmoins avec elle une parenté. Quelques années après j'ai à mon tour, en Loire-Atlantique, l'idée de pratiquer l'accueil en famille de malades mentaux adultes, mais hors de toute structure hospitalière (selon ce que je découvrirai plus tard être le "modèle de la dispersion").

Je crée l'association Contadour qui reste la seule autorisée à pratiquer encore de nos jours cette forme de soins avec des adultes. Contrairement à ce qui se réalise dans l'expérience de Soisy (dans le modèle de "l'annexe"), encore teintée de culture hospitalière et de gestion des "chroniques" (les "incurables" de jadis), je ne m'attache pas particulièrement à la prise en charge de vieux malades, mais constate rapidement que de jeunes adultes autistes, voire des patients "border-line", ou psychopathes, y trouvent à peu près leur compte, quoi qu'avec plus d'aléas. Des cas chez lesquels s'entremêlent problèmes sociaux et mentaux constituent dès lors l'essentiel de la population prise en charge par mon service.

Puis arrivent les lois dites de décentralisation, et leur partage aberrant entre ce que les technocrates nomment les "blocs de compétence". Et, comme s'il n'était déjà pas si difficile de travailler au jour le jour, ces messieurs tentent de nous démontrer qu'un autiste ayant suivi la filière de la déficience est un "handicapé" et appartient à la classe du "social", alors que si les hasards de l'existence lui ont fait suivre la filière psychiatrique il appartient à la classe du "sanitaire". À partir de cette hypothèse de base, tout s'enchaîne. L'Assemblée Nationale, dans des conditions que je détaillerai bientôt, vote une loi stupide qui produit rapidement un désordre indescriptible.

Le rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales de 1994 a remarquablement, cinq années après la mission d'étude qui m'avait été confiée en 1987 par le ministre de la Santé de l'époque, fait le bilan sur l'accueil familial thérapeutique. Il insiste tout d'abord sur le fait que *"depuis l'époque des pionniers", deux formes d'accueil se sont développées, les dits "sociaux" et les dits "thérapeutiques", dont il souligne que "dans la réalité quotidienne, le caractère formel d'une telle distinction est évident, car ces diverses formes de placement peuvent concerner, en pratique, les mêmes personnes considérées à des moments différents de leur histoire personnelle et de leur évolution et, selon les époques, susceptibles de relever alternativement ou simultanément d'une prise en charge sociale et/ou médicale"*. Par conséquent on le voit, l'Etat sait qu'il fait mal les choses, mais s'enferme dans son absurdité.

Mais que nous apprend par ailleurs ce rapport ? Il commence par définir l'accueil familial thérapeutique qui selon ses rédacteurs, "s'adresse à des mineurs ou des adultes momentanément ou définitivement séparés de leur famille naturelle. Il leur procure une famille de substitution qui apporte, en contre partie d'une rémunération, les prestations alimentaires dont ils ont besoin. C'est une pratique sociale ancienne, bien connue et relativement développée".

Il constate ensuite qu'à côté de l'accueil des enfants, celui des adultes, notamment des malades mentaux, pose plus de problèmes. Messieurs les inspecteurs généraux posent donc, fort opportunément, la question suivante : *"faut-il s'étonner des résistances auxquelles se sont heurtés, et se heurtent encore, les partisans de l'accueil familial thérapeutique des malades mentaux ?... Faut-il s'étonner de la place marginale qui est réservée à cette pratique dans l'institution psychiatrique dont elle constitue comme la "face cachée du miroir" ?* Une fois formulée cette excellente et fondamentale question ils en viennent à détailler la situation.

Le premier chapitre rappelle le cas de figure de l'accueil familial social, en distinguant celui des mineurs, confiés ou non à l'ASE, de celui des déficients intellectuels ou inadaptés, puis celui des personnes âgées ou handicapées, et enfin celui des toxicomanes. A propos de la loi du 10 Juillet 1989, le rapport souligne son "caractère fourre-tout", "ses insuffisances techniques", "ses résultats très limités", et pour tout dire "son échec", sur lequel a insisté elle aussi la Cour des Comptes de la Nation (1993). Si dans l'ensemble, des éléments intéressants sont relevés dans ce qui est nommé l'accueil familial spécialisé pour enfants, grâce notamment au statut des assistantes maternelles, "pour les personnes âgées ou handicapées malheureusement, nous avons affaire à un dispositif peu satisfaisant dont il y a peu à retenir".

Le second chapitre décrit et analyse "l'accueil familial thérapeutique et le dispositif de lutte contre les maladies mentales". Le constat de l'IGAS y est aussi sévère que fut le mien : *"Le placement familial des adultes reste considéré encore trop souvent et faute de mieux, comme un moyen de redéployer hors de l'hôpital des malades chroniques stabilisés"*. D'autant qu'il est constamment absent des textes concernant la sectorisation. "Hasard" ou "résistances institutionnelles, corporatismes..., enjeux de pouvoir..., pesanteurs sociologiques", ces termes repris au rapport Massé émaillent le tableau peu flatteur de l'accueil familial thérapeutique de service dit public.

Quand les textes enfin tiennent compte de l'accueil familial thérapeutique, c'est sans réelle ligne directrice, jusqu'à ce que la loi de juillet 1989 le recentre à nouveau et à contre-temps sur l'hôpital, "Limitant son développement comme alternative à l'hospitalisation". Blocage "qu'achevé", au propre comme au figuré, la décentralisation et sa rigidité ubuesque. L'ouverture vers le médico-social est elle aussi bloquée, et la mission s'étonne que la rapport Massé [8], qui est par ailleurs très favorable à cette ouverture, ne cite que marginalement l'accueil familial dans les moyens pour y parvenir. Une bonne "note d'orientation" émanant de la Direction des hôpitaux (27 Décembre 1991) est rappelée, ainsi que la nécessité de permettre à des associations privées telles que Contadour de développer ce type d'accueil, au lieu de laisser le champ libre à la loi de juillet 89, dont il est une nouvelle fois écrit qu'elle "va à contre sens de l'évolution et des besoins".

Le troisième chapitre est consacré à l'accueil familial thérapeutique dans le cadre de l'hôpital. Cette fois-ci, la même fameuse loi a droit à un sous-chapitre dont le titre est à lui seul tout un programme : *"Les insuffisances de la loi du 10 juillet 1989"*. Elle limite en

particulier les aspects positifs de l'arrêté du 1er octobre 1990 consacré à l'accueil familial thérapeutique, en accentuant ses défauts (notamment son hospitalo-centrisme). Comme je le dénonce depuis des années, les inspecteurs généraux constatent que les hôpitaux font en réalité un peu ce que bon leur semble dans un système réglementaire et législatif à la limite de l'incohérence, et qu'au total "beaucoup de questions restent sans réponse".

Le quatrième chapitre est entièrement destiné à attirer l'attention sur "l'expérience Contadour", en tant que manière de concevoir l'accueil familial sur un mode non hospitalo-centriste, "loin de la pesante présence historique des "colonies familiales". La modestie me contraint d'être bref et de signaler simplement la recommandation ferme de la mission pour que soit enfin publié le texte (annexe XXIII bis au décret de 1956), nécessaire à la pratique associative de l'accueil familial thérapeutique.

Le cinquième chapitre fait le point sur la "pesante" question des colonies familiales. Il est rappelé leur "position particulière", puis leur importance quantitative, leurs statuts, avant leur évolution récente. L'évocation des travaux de Denise Jodelet montre chez messieurs les inspecteurs généraux leur réel intérêt pour leur sujet et leur intelligence des mécanismes en jeu. Si "l'avenir (est) incertain", reconnaissent-ils, ils délivrent des signaux positifs dont des sous-titres rendent la mesure : "*Combattre la peur : la redéfinition nécessaire des deux établissements*" ; "*Démêler l'écheveau : L'intégration dans la programmation de l'organisation de la santé*" ; "*Professionaliser la tradition : la recherche de la spécificité*".

Quelques idées directrices complètent en guise de conclusion, ce très ambitieux tour d'horizon qui honore l'IGAS et disqualifie les administrations qui continuent de l'ignorer : "Les partisans de la psychothérapie institutionnelle ont fait avancer le combat engagé il y a plusieurs dizaines d'années : l'accueil familial est de plus en plus considéré comme une outil thérapeutique qui peut, à certaines conditions répondre aux besoins des malades mentaux et à leur réinsertion sociale. Il n'est plus seulement le dernier refuge des incurables stabilisés. Mais malgré tous les efforts de ses défenseurs, beaucoup reste à faire. "Il faut donc selon la mission : "Conforter l'accueil familial social..., préciser l'organisation de l'accueil familial thérapeutique..., créer l'accueil familial médicalisé..., valoriser la fonction d'accueil" en mettant en place "un statut d'assistant en accueil familial thérapeutique". [9]

Un regret en guise de petite critique : que l'IGAS n'ait pas enquêté sur les centaines de familles d'accueil confinées au rôle de "poubelles" de certains hôpitaux, où des malades dits "chroniques" sont casés et oubliés par des équipes dites "de secteur". La mise en évidence de ces situations indignes n'en aurait donné que plus de force à leur beau plaidoyer pour une valorisation de l'accueil familial dont ils soulignent "qu'il n'est jamais une solution de facilité" et qu'il se heurte toujours à la lutte de chaque groupe social contre les atteintes possibles à son altérité. Nous verrons que je consacre un chapitre entier à ce sujet.

1.2.2. L'administration française est-elle "la plus bête du monde" et/ou comment sont faites les lois ?

Voilà donc établi, officiellement et objectivement, le bilan de ce qu'a à gérer l'administration, soit, je le redis, l'ingérable ! Cela a toute sorte de conséquences, dont une des plus évidentes est de la rendre bien souvent odieuse. Odieuse en lui demandant de faire ce que le plus élémentaire bon sens commanderait de ne pas faire. Il est en effet coutumier de voir en France les équipes sur le terrain et les administrations avoir des difficultés relationnelles. Mais dans le domaine du placement familial ces difficultés battent des records ! J'ai entendu au cours de ma propre mission d'étude des choses réellement invraisemblables. On me téléphone encore souvent de divers départements pour me demander conseil ou m'informer de telle ou telle situation, les personnes en difficulté s'imaginant, les pauvres, que j'ai "mes entrées" ou une quelconque influence au ministère. Elles seraient bien déçues si elles savaient, outre le fait que ma liberté de parole me marginalise, comment le système fonctionne, et comment une nouvelle équipe ministérielle arrivant au pouvoir trouve les placards vides et doit recommencer le travail de documentation réalisé par ses prédécesseurs, s'estimant heureuse d'avoir pu, un peu, travailler utilement avant d'être renvoyée à ses chères études.

Je dois dire enfin que j'ai moi-même, depuis 1990 et dans mon propre département, mon lot de problèmes, et bien sûr encore plus depuis que la loi de 1989 est venue aggraver la situation. Je ne vais évidemment ni donner ici un catalogue des incohérences relevées, ni encore moins régler des comptes personnels avec telle ou telle administration. De ce point de vue, je conclurai en reconnaissant bien volontiers que si, bien sûr, j'ai de temps à autres à m'affronter à des personnes chez lesquelles l'impudente arrogance le dispute à l'incompétence la plus crasse, dans l'ensemble **la plupart d'entre elles font ce qu'elles peuvent, dans un système qui les dépasse**, et que de temps à autres, rarement, j'en rencontre d'admirables, qui font le maximum pour aider les équipes.

Car, dans la "pagaille" actuelle du placement familial français, comment faire ? Sinon n'importe quoi, par bricolage, comme le rapport de l'Inspection générale l'a, après moi, bien mis en évidence. C'est ce système absurde qui donne l'impression, pour paraphraser la célèbre formule politique, que "l'administration française est la plus bête du monde". Les choses ne sont pas si simples, et je crois donc utile de témoigner de la façon dont fut construite la loi du 10 juillet 1989, portant "Accueil chez des particuliers des personnes âgées et des handicapés", pour montrer comment le système ne pouvait pas fonctionner, du fait même de sa structuration perverse. Je le fais sept ans après son vote, largement détaché du très modeste devoir dit "de réserve" qui était le mien à l'époque, et au nom duquel en France ceux qui savent un peu doivent se taire, jusqu'au jour où ils se retrouvent devant une sale affaire.

En 1987-88, la Direction générale de la Santé préparait, à un train de sénateur, les textes devant organiser le placement familial thérapeutique. Je venais de réussir à y faire inclure un certain nombre d'idées que je développe dans cet ouvrage sur un plan théorique : **le mot "placement" allait être remplacé par le mot "accueil"** ; en outre, pour prendre du recul par rapport aux excès familialistes j'avais proposé d'introduire dans la définition de la famille d'accueil la notion de "*cellule d'accueil*", qui fût remplacée par la dénomination moins intéressante "*d'unité d'accueil*" ; du fait de cet élargissement on pu introduire dans le futur dispositif la possibilité de travailler avec les "lieux de vie" ; les références à un "règlement intérieur" (ou à une "charte" pour les

structures privées) étant mentionnées, etc. Bref, on se dirigeait vers un ensemble de textes cohérents concernant à la fois le domaine du service dit public et celui du privé associatif.

En mars 1989 l'association Contadour organise à Angers le premier Congrès européen sur l'accueil familial, dans lequel sont présentées les diverses formes d'accueil et de placement. Tout s'y passe bien. Certes je suis vaguement surpris de constater que le secrétariat d'État aux personnes âgées n'a pas crû bon d'y déléguer un haut fonctionnaire ou un conseiller, alors que je croyais savoir que cette administration avait des idées sur la prise en charge en famille d'accueil des personnes âgées. Mais tant pis pour lui !

Puis au décours du congrès des bruits concernant une loi en préparation se font insistants. Je prends rendez-vous avec un conseiller du secrétaire d'État en charge du dossier. J'ai alors la surprise de constater que **le projet de loi est quasi terminé et qu'il est prêt à être présentée au Parlement. Je parcours le texte : il est catastrophique, incohérent, opposé à l'esprit de ce qui est travaillé depuis deux ans au sein de la DGS.** Je découvre qu'il a été concocté par un lobby, et à l'intérieur de celui-ci, par un individu que j'avais effectivement croisé à deux reprises auparavant, avec son petit attaché-case, en train d'essayer de "vendre" son idée ici ou là. Je lui avais apporté, naturellement, la contradiction publique lorsque j'en avais eu l'occasion : peine perdue, il s'enfermait dans son délire.

Naïvement cependant, je croyais son projet si médiocre que je n'aurais jamais imaginé qu'il réussirait à le placer. Il était pourtant bel et bien là, casé sous forme d'un projet de loi, encore aggravé puisque si, initialement, il ne devait concerner que les personnes âgées, il était à présent élargi à ces fameuses "personnes handicapées" dont on sait que se sont les mêmes que l'on peut décréter "malades" quand cela arrange le système. Bien entendu tout cela était fait sans la moindre concertation avec la direction générale de la Santé.

Monsieur le Conseiller, à la question de savoir quels avis il avait demandé, me répondait avec la suffisance de ces personnages auxquels une odeur de maroquin tourne la tête : "*Cher monsieur, s'il fallait demander leur avis à tous les petits services de province...*" ! Que faire, à peu près seul contre tous, puisque le placement familial étant si marginal, les syndicats eux-mêmes s'en désintéressaient ? Un baroud d'honneur, bien sûr, mais totalement inutile.

L'administration centrale du ministère, par exemple, m'appelait un jour, entre les deux lectures du projet de loi au Parlement, pour modifier l'article 18, grâce auquel la loi allait devoir s'articuler aux placements familiaux thérapeutiques. Nous allions travailler une journée entière pour parvenir à un article qui puisse tenir la route et qui sauvegarde au moins l'essentiel de la dimension thérapeutique. Pour apprendre quelques jours après que des attachés parlementaires (il faut réellement l'avoir vécu pour le croire !), du haut de leur compétence, avaient écarté cette nouvelle mouture pour revenir à l'ancienne, totalement incohérente.

La loi était donc votée, avec quelques amendements mineurs. Pour donner une idée de sa médiocrité affichée et assumée, je conclurai par une simple anecdote : je rencontrais en octobre 1989 son rapporteur qui face à mes critiques voulu bien reconnaître "*avoir réussi à rendre la loi un peu moins mauvaise que le projet*" ! La DGS de son côté, humiliée, rentrait sous sa tente, dont elle ne ressortira que pour réussir à faire signer au ministre de l'époque l'arrêté du 1er octobre 1990, totalement en opposition avec la dite loi.

Nous en sommes là. Voici pourquoi l'État-gribouille a dû diligenter une enquête auprès de son Inspection générale de la Santé pour faire le point, si peu de temps après avoir tenté de "mettre de l'ordre". Comment s'étonner, ensuite, que tout cela fonctionne si mal et que les administrations fassent un si mauvais travail ?

1.2.3. Le placement familial dans le monde, et de la puissance des modèles américains.

Je vais devoir ici me contenter de brosser à très grands traits ce qui me semble saillir de la littérature et des informations que j'ai pu recueillir au cours de mes rencontres. Je renvoie pour l'aspect historique aux études que j'ai réalisées auparavant, notamment dans Les placements familiaux thérapeutiques et dans Soins et placement en famille d'accueil [10].

À tout seigneur tout honneur, posons-nous la question de savoir ce qui se passe **aux USA**. Une première chose y est frappante : l'importance numérique du placement en famille d'accueil des adultes malades mentaux, contrastant avec leur quasi absence des publications. La consultation des bases de données révèle en effet qu'environ les dix-neuf vingtièmes des titres concernent les enfants et les adolescents, le reste seulement se rapportant aux adultes et aux personnes âgées. Et pourtant une masse considérable de malades est sortie des hôpitaux psychiatriques au cours de ces trente dernières années, dans le contexte de la "désinstitutionnalisation" [11].

À Los Angeles par exemple, 80% des patients vivant hors de l'hôpital sont hébergés dans des pensions familiales, dites "*foster homes*". À Philadelphie quinze mille d'entre-eux vivent dans des chambres et des pensions plus ou moins qualifiées elles aussi de "familiales". Au-delà de la langue de bois sur la désinstitutionnalisation, le fond du problème est que, surtout depuis l'ère Reagan qui a manifestement brisé l'expérience de l'époque kennedienne, le système est tout entier dominé par la "méthode business". Le libéralisme le plus dur y règne en maître, débarrassé de tout sentiment de compassion [12]. Des États comme le Maryland et l'Oregon ont même totalement renoncé à mettre en place toute forme de réglementation et de contrôle de leurs pensions, chambres chez l'habitant, "*foster homes*" et "*foster families*". Et pourtant des équipes ont tenté de faire du bon travail notamment dans le cadre de la "Vétérans administration" [13], qui déjà, en 1970 avait mis en place 11.000 placements familiaux. Mais leur oeuvre a été laminée par l'évolution du système, la crise, le cynisme et le laisser-aller. De rares voix se font entendre pour dénoncer ces excès [14], mais un peu en pure perte.

Les Canadiens ont malheureusement largement suivi la voie ouverte par leur puissants voisins. Losson et Paratte [15] ont décrit les résultats catastrophiques de la désinstitutionnalisation sauvage et irraisonnée auprès des malades chroniques, confinés à une existence quasi végétative, abrutis par les neuroleptiques-retard et la télévision perfusée en continu. La prise en charge des personnes âgées y est pratiquée selon les mêmes critères uniquement marchands, sauf exceptions [16].

De manière fort contrastée, le soin aux enfants et aux adolescents a en revanche une toute autre tenue aux USA. Il y a là au contraire une véritable explosion de formules cohérentes, très diversifiées, planifiées et étudiées avec un grand soin. La littérature qui leur est consacrée est donc considérable et fort riche. Je la résume en distinguant quatre grands courants de "programmes".

- **Le premier concerne les enfants victimes d'abus sexuels et de "négligences"** (terme assez flou, mais qui recouvre ce que l'on désigne en France sous le nom un peu fourre-tout "d'enfants carencés"). Une revue entière leur est consacrée [17], et la puissante Child Welfare League of America lui apporte tout son appui. Mais alors que durant longtemps on a surtout entendu des communications et lu des articles consacrés à des cas de populations d'enfants victimes de sévices sexuels, parfois au sein même des familles d'accueil [18], on trouve de plus en plus de travaux et de témoignages de familles d'accueil se défendant contre de fausses allégations d'abus et de maltraitements [19]. Le sujet a fait l'objet de trois ateliers au congrès de l'IFCO [20] de Bergen en 1995 et était déjà une préoccupation lors de celui de Dublin en 1993 : réaction et adaptation aux excès typiquement américaine.

- **Le second s'applique à des adolescents délinquants et "antisociaux"**. Une grande synthèse en a été réalisée par Galaway à propos de la prise en charge de jeunes délinquants en famille d'accueil dans 220 programmes états-uniens, 18 canadiens et 28 anglais [21]. Des études comparant le traitement en famille d'accueil vers institutions classiques ont été entreprises [22]. Tout cela est fort intéressant.

- Le troisième grand courant de programmes est consacré au problème **des enfants séro-positifs**, soit parce que nés de mères sidéennes, soit qu'il s'agisse d'adolescents drogués ayant contracté directement la maladie. La littérature commence à devenir considérable à ce sujet. Outre ce qui se dit dans les congrès de l'IFCO, on lira un bon article de Levine dans "Aids care" à propos d'une étude réalisée dans six grandes villes des USA [23] où l'on prévoit que 100.000 orphelins de mères décédées du VIH, dont une partie eux-mêmes infectés, poseront des problèmes assez impressionnants en l'an 2000.

- Le dernier grand ensemble de programmes concerne **les enfants dits "médicalement complexes"** [24] Ce dernier ensemble, quoi qu'assez hétéroclite, est fort intéressant et n'existe pas en France, où la pédiatrie, largement placée sous la coupe hospitalo-universitaire, est aussi souvent rigidement hospitalo-centriste et encore fort éloigné de la prise en charge des "cas lourds" en famille d'accueil. Il permet d'envisager la poursuite des soins de qualité pour des enfants lourdement technicisés, aussi bien après des interventions chirurgicales, que dans le cadre de cures contre des cancers ou des leucoses, ou chez des diabétiques difficiles à stabiliser, des insuffisants rénaux en dialyse etc., et cela aussi bien pour des "cas sociaux" que pour des cas plus normaux. La dimension économique y est discutée sans détours et avec pragmatisme, de manière fort saine, à mon avis, sous les espèces de groupes d'enfants "à coût élevé" [25]. On constate à travers, par exemple, le cas des enfants assistés respiratoirement, qu'en réaction à la réduction des crédits fédéraux les praticiens ont immédiatement réagi, et au lieu de gémir sur "le manque de moyens", se sont adaptés en mettant en place des soins à domicile et chez des familles d'accueil très vite professionnalisées. À noter que les enfants psychotiques, les autistes notamment, sont inclus dans cette catégorie fourre-tout. Ils n'apparaissent que fort rarement de manière autonome dans les publications [26]. Il en est de même pour les enfants et adolescents déficients mentaux [27]. Il y a là un sérieux problème qui choque nos conceptions françaises, je le signale au passage. Car si j'admire le pragmatisme état-unien, je reconnais qu'il a ses limites, que ne compensent par toujours la créativité et le goût de l'innovation.

Au total, on a là un domaine en pleine extension, qu'étudient des universités comme celles de l'Est Michigan, de Virginie, de New York, de Chicago, de Floride, de Washington, etc..., en liaison avec de grands hôpitaux, des fondations, souvent fort puissantes, des associations de parents, tout cela de manière relativement scientifique et très pragmatique. Bien entendu si les approches psychanalytiques en sont totalement bannies, les résultats ne manquent cependant pas d'intérêt. Il nous faudrait analyser sainement ces programmes, mais pour cela il faudrait savoir voyager sans œillères et sans arrogance, et s'extraire de la routine qui nous paralyse si souvent.

Le placement familial dans le reste du monde ne peut être traité ici de manière exhaustive, on s'en doute. Je vais ici encore tenter d'en donner un aperçu et d'en faire émerger les faits saillants. C'est ainsi que dans le reste du continent américain les choses sont fort diversifiées, mais dans l'ensemble elles y sont dépendantes des modèles états-uniens, peut-être à l'exception de l'Argentine qui tente de tracer sa voie originale mais justement, à ma connaissance, ce pays ne pratique pas l'accueil familial thérapeutique (j'ai eu l'occasion voici peu, de rencontrer un couple fort sympathique qui m'affirmait être le premier à se lancer dans l'aventure dans ce pays). Le Canada anglophone est un véritable État de la puissante confédération voisine, comme en témoigne, entre autres, le fait que ses équipes sont souvent reliées aux programmes d'étude de l'ensemble des Etats-Unis [28].

Au Québec la situation est plus complexe, car les équipes sont partagées entre la raison, penchant vers l'Amérique, et une certaine admiration pour leurs "maudits" cousins français, pour lesquelles elles gardent bien des sentiments ambivalents [29].

Le reste de l'Europe se partage globalement entre un Nord, de plus en plus dépendant de l'idéologie et des pratiques américaines, et un Sud, qui se "débrouille" encore comme il peut. **La Belgique** est entre les deux, situation compliquée par le fait que les deux grandes "colonies familiales", celle de Lierneux et surtout de Geel (dont nous évoquerons abondamment le cas), pèsent sur son histoire et en paralysent les possibilités évolutives. De ce point de vue son cas ressemble un peu à celui de la France.

Dans l'ensemble de l'Europe, si le placement des enfants et des adolescents est largement développé, souvent dans l'esprit des programmes venus d'outre-atlantique, celui pour adultes reste presque partout le parent pauvre. En ce qui concerne **l'Allemagne** par exemple, alors qu'avant-guerre le placement autour de plusieurs grands hôpitaux psychiatriques, tel celui d'Erlangen, créé par

Gustav Kolb [30], était florissant, la tourmente nazi a tout détruit. De modestes tentatives sont cependant en train d'y voir le jour.

La situation de pays habituellement novateurs, comme **les Pays-Bas et la Suède**, est elle aussi assez conformiste en ce domaine. À noter que si durant des décennies la Hollande a été dominée par l'idéologie du bénévolat, la professionnalisation des familles d'accueil, à la suite des USA, y est de plus en plus couramment admise. **L'Italie** du Nord (à Turin notamment) et **l'Espagne** sont prêtes de débiter des placements familiaux thérapeutiques. Les difficultés financières et il faut bien le dire la frilosité administrative qui s'apparente à celle de la France y freine bien des initiatives. Il est probable que la Catalogne (à Reus) sera la première en **Espagne** à s'y engager, dans le domaine psychiatrique du moins. Le Pays Basque de son côté, en liaison avec une équipe française de Libourne, a lancé voici quelques années une expérience d'accueil familial de personnes âgées. À titre documentaire, je signale aussi la tentative qui fut réalisée **en Grèce** (en 92-93) autour de l'asile de Leros, par des psychologues qui avaient commencé à faire accueillir des autistes chez quelques habitants des îles voisines, et qui fut "torpillée" par la mafia médicale locale. L'accueil familial des enfants et adolescents, dans le nord de l'Europe, ressemble donc de plus en plus aux programmes made in USA, l'inventivité et le pragmatisme en moins.

La même hystérie y est ainsi apparue pour chasser les "abus sexuels", y reproduisant les mêmes excès, comme en témoignait au congrès de l'IFCO de Dublin, en 1993, le brave Yan Crosby, ayant accueilli avec sa femme environ deux douzaines de jeunes en grande difficulté dans sa carrière, et qui nous expliquait, par exemple, que le quart des familles d'accueil du **Royaume-Uni** étaient ou seraient l'objet de dénonciations pour abus sexuels, le plus souvent calomnieuses, (l'université de Birmingham ayant même lancé une étude spécifique sur la question [31]). Le Pays de Galles a par ailleurs peu à peu mis en place des accueil familiaux pour personnes âgées "à la journée", bien insérés dans la communauté, qui permettent notamment aux conjoints de sujets atteints d'Alzheimer de "souffler" [32]. Idée intéressante et peu coûteuse, que j'ai essayé, voici quelques années, de promouvoir en région toulousaine, en pure perte, naturellement, oserais-je dire, étant donné l'immobilisme des administrations et les corporatismes locaux.

L'observation de ce qui se met en place dans l'ancienne Europe de l'Est, en Asie et en Afrique, est particulièrement démonstrative de la puissance des modèles américains, et montre combien le système mis en place par les USA a "colonisé" la planète, bien mieux qu'avec des canonnières. Les derniers congrès de l'IFCO le montrent bien, de la Roumanie, pourtant de tradition francophone, à la Tchéquie, autrefois plutôt tournée vers l'Allemagne, jusqu'à la Russie, en passant par la Pologne, la Finlande, la Lituanie, la Croatie, la Hongrie, etc, le schéma est toujours le même : quelques travailleurs sociaux de haut niveau, ou des médecins, des psychologues ou des sociologues, partent travailler quelques mois dans des universités américaines, ou à la rigueur britanniques [33], se perfectionnent dans la langue et surtout dans un certain style de travail. Puis, avec en poche une solide subvention, ils reviennent au pays et mettent en place des programmes importés des États-Unis et adaptés, souvent d'ailleurs non sans habileté. Loin de moi une critique systématique de ces gens ; ils font quelque chose d'utile, en peu de temps, et avec efficacité. Les anglo-saxons savent "se vendre", et avec le beau rôle de surcroît ! C'est nous, Européens continentaux nantis, et surtout nous autres Français, bouffis de suffisance, confits dans nos pré-supposés psychanalytiques, qui ne savons pas y faire ni placer nos réelles compétences. Et tant pis pour nos dirigeants, qui n'ont pas compris que c'est par les actions sociales, dont nos associations médicales humanitaires ont pourtant donné un bon exemple dans d'autres domaines, que l'on étend son rayonnement et son influence auprès des pays dits en voie de développement, bien plus que par les colloques bavards et l'argent aveuglement distribué.

Le résultat de tout cela est que l'on voit à présent de nombreux programmes en provenance des USA ou d'Angleterre se mettre en place en **Afrique** orientale anglophone bien sûr, mais aussi dans des pays africains francophones, dans le but de faire accueillir, de manière très proche de notre placement familial traditionnel, des enfants abandonnés, dans des régions ravagées par la maladie [34] ou la malnutrition [35], d'où toutes les structures de solidarité ancestrale ont été laminées. Tant mieux pour les enfants, bien sûr, mais tant pis pour le rayonnement européen, et français en particulier.

Il n'en reste pas moins qu'en Afrique ce gâchis reste, globalement, épouvantable. On ne veut pas comprendre que l'on est là devant un séisme, un glissement de terrain, voire un continent entier partant à la dérive. Les structures traditionnelles s'effondrent, les familles, même élargies, sont laminées, éclatées, broyées, laissant l'individu, pour la première fois en Afrique, seul face à la vraie "sauvagerie", celle du non humain. On ne veut là encore pas comprendre que ce qui prime, c'est l'aide à la famille, tout autant que l'aide alimentaire. Et que dans ce contexte une forme africaine d'accueil familial (et peu importe qu'il soit dit "thérapeutique" ou "social", par pitié !) est une urgence [36].

Les mêmes observations valent pour **l'Asie**, où les nouvelles conditions de vie sont en train de faire éclater les structures sociales traditionnelles. Il en résulte des cohortes citadines d'enfants abandonnés et livrés à la délinquance et à la prostitution, et la mise en place de placements familiaux spécialisés ou thérapeutiques [37] par les anglo-saxons, qui font là un bon travail depuis une dizaine d'années. Pour clore ce survol, je terminerai en indiquant qu'en Australie et en Nouvelle-Zélande, des associations puissantes et dynamiques pratiquent aussi l'accueil familial thérapeutique pour enfants et adolescents, selon des modèles américains.

La **Nouvelle-Zélande** a de plus bien étudié les problèmes culturels et raciaux se posant lors de l'accueil d'enfants maoris par des habitants d'origine européenne, sujet passionnant curieusement traité encore de manière marginale aux USA. Cette dimension anthropologique est globalement partout négligée. Il est pourtant plus que temps de nous réveiller, et de contempler la dérive de masses humaines considérables, glissant entre des ghettos et des îlots surprotégés, peuplés de nantis et de petits bourgeois de la modernité.

On sent qu'il y a là de formidables mutations en préparation dans l'approche des prises en charge, surtout des enfants et des adolescents en grande difficulté. Car si la tendance naturelle, lorsqu'un grand problème survient, du type de la découverte des moujiks pour orphelins carencés roumains ou russes, ou des moujiks du Rwanda ou d'ailleurs, est de penser l'aide en termes d'institutions lourdes de type orphelinats, peu à peu s'insinue l'idée de bon sens selon laquelle l'accueil hétéro-familial pourrait, à

moindre coût, y suppléer bien plus efficacement.

La difficulté réside, il faut bien l'avouer, outre la routine, dans le corporatisme des travailleurs sociaux et surtout de leurs cadres, qui, même inconsciemment, admettent mal de lâcher un peu de leur faible pouvoir auprès des familles et de la population, défense qu'amplifie le manque d'imagination de la classe politique. Il me semble pourtant élémentaire qu'un peu d'argent habilement distribué auprès de braves gens, pour les aider à nourrir les enfants plus ou moins abandonnés, en souffrance, avec un minimum d'encadrement et de contrôle, pourrait, doucement et rapidement, rendre d'immenses services, et redonner courage à l'ensemble d'une population, en lui montrant que le meilleur des ressources réside en elle, chez les mères, les grandes soeurs, chez les Anciennes et leur savoir ancestral. Mais faites entendre cela à l'UNICEF !

Au total, on a là, j'espère en avoir donné un aperçu, un domaine de soins et d'action sociale en pleine expansion. Lorsque l'on a une vue d'ensemble, mais aussi un certain recul sur ces pratiques, on perçoit les divers paramètres et les nombreuses influences auxquelles elles sont soumises. Un fait, massif, incontournable, se retrouve à leur base : l'effondrement des anciennes institutions, l'effritement des structures sociales classiques, l'amuïssement de la politique traditionnelle.

À partir de là, les multiples rejetons et stolons du placement familial colonisent l'espace de manière variée. La toute puissante économie néo-libérale y règne en maîtresse, mais aussi la perception quasi désespérée que de nouvelles formes de solidarité devraient en contre-balancer l'influence mortifère. La France, dans ce contexte planétaire, apparaît comme un tout petit pays, riche encore, surtout en idées, mais ô combien arrogant et souvent replié sur lui-même et ses étroites certitudes, et surtout écrasé par une toute puissante administration, qui échappe le plus souvent à tout contrôle politique, interprète les lois et les manipule à sa guise, impose de plus en plus son idéologie quasi-totalitaire de la transparence, de la gestion à court terme et de la négation subjective.

P.-S.

- Lire la suite...
- Retour au sommaire

Notes

[1] "Les placements familiaux thérapeutiques", Fleurus, Paris, 1987.

[2] "Famille d'accueil, un métier", Bayard, Paris, 1991.

[3] "Chemins de sagesse, traité du labyrinthe", Fayard, Paris, 1996, mais aussi de Georges BALANCIER, "Le dédale. Pour en finir avec le XX ième siècle" Fayard, Paris, 1994.

[4] C.R.E.A.I. des pays de la Loire éditeurs, 1987.

[5] Nervure, II, Mai 1989.

[6] Contadour éditeur, 1992.

[7] 7 "Actualité de la psychothérapie institutionnelle", sous la direction de Pierre DELION, Matrice PI, 1994.

[8] Gérard MASSÉ, "Rapport de la mission, "La psychiatrie ouverte, une dynamique nouvelle en Santé mentale", École nationale de Santé publique, Rennes, 1992.

[9] Statut existant à Contadour depuis 1987 : voir aussi "Famille d'accueil, un métier", ainsi que "Rôle et statut des familles d'accueil", actes du colloque de STRASBOURG, Contadour édition, 1992.

[10] Édition de l'Arc, Montréal, Canada, et Éditions universitaires de Nancy, 1990.

[11] Yves LECOMTE, "Le processus de désinstitutionnalisation aux USA", Santé mentale au Québec, 1-2,1988.

[12] B. VLADECK, "Unloving care. The nursint home travedy", Basic books, New York, 1980.

[13] Margareth LINN et col., "Foster home characteristics and psychiatrie patients outcomes", Arch. Gen. Psy., 37,1980 ; et "Relapse of psychiatrie patients m foster care", Am. J. Psychiatry, 139,1982.

[14] J.M. MAC COIN, " Adults foster care , case management, and quality of life : interprétative reviuw", Adult foster care journal,2,1982.

[15] J-P. LOSSON et J. PARRATE, "La désinstitutionnalisation au Québec", L'information psychiatrique, 10,1988.

[16] J. HUDSON et col. "Foster family care for elders", *Adult residential care journal*, 8,1994.

[17] "Child abuse neglect.". Une bonne synthèse a été rédigée par J. M. WITHWORTH et P. FOSTER, dans "Medically foster care for abused and neglected children", *The medically complex child, (The transition to Home Care)*, Harwood Académie Publishers, New York, 1991.

[18] P. RYAN, E.J. MACFADDEN, "Abuse in Foster Homes : characteristic of vulnérable child", Eastern Michigan University, 1986, par exemple, ou de M.I. BENEDICT, S. ZURAVIN, D. BRANDI et H. ABBEY, "Types and frequency of child maltreatment by family foster care providers in urban population", *Child abused and neglect*, 18, Jul.

[19] R. CARBINO, " Advocacy for foster families in thé United States facing child abuse allégations : how social agencies and foster parents are responding to thé problem. Spécial issue : Child welfare around thé world". *Child Welfare*, 70,1991.

[20] L'International Foster Care Organisation", regroupant à la fois parents d'accueil, travailleurs sociaux et praticiens, de langue essentiellement anglophone, même au cours de congrès organisés en Grèce ou en Norvège, ou ailleurs. Fort bon esprit, à la condition de dépasser l'agacement provoqué par un style parfois un peu boy scout.

[21] B. GALLAWAY, R.W. NUTTER, J. HUDSON, M. HILL, "Spécialised foster care for délinquant youth", *Fédéral probation*, 1995.

[22] R.J. JONES, "Evaluating therapeutic foster care", *Troubled youth in treatment homes*, Child Welfare League Of America, Washington DC, 1990.

[23] C. LEVINE, "Orphan of HIV épidémie : unmet needs in six US cities", *AIDS care*, 7, 1995 ; et par exemple aussi "Family expérience when a child is HIV positive : report of natural and foster parents", F. COHEN et col. *Pédiatrie nursing*, may-june, 1995. Une excellente synthèse historique a été rédigée par Phillis GURDIN et Gary ANDERSON dans "The medically complex child", sous le titre "Specialized foster care for children with HIV".

[24] Voir pour une synthèse sur le sujet, le très intéressant "The medically complex child, (The transition to Home Care)", rédigé sous la direction de Neil HOCHSADT et Diane YOST, Harwood académie publishers, New York, 1991.

[25] J.I. TAKAYAMA, A.B. BERGMAN, F. A. CONNELL, "Children in foster care in thé state of Washington. Health care utilization and expenditures.", *JAMA*, June 1994.

[26] On trouve néanmoins des articles spécialisés, par exemple celui de C. E. ROSEN, "Treatment foster home care for autistic children", *Child and youth services*, 1989.

[27] J. BLACHER, B.E. BROMLEY, "Carrelâtes of out-of-home placement of handicaped children", *Journal of children in contemporary society*, 21,1990.

[28] K. BLASE, D.A. SCHILD, "treatment foster care and thé work of thé Poster Family-Based Treatment Association of North America", *Child and family behavior therapy*, 15,1993.

[29] Lire par exemple outre le point que je fais dans "Soins et placement en famille d'accueil", Editions de l'ARC, Montréal, 1991, et de Luc CADIEUX et Gilles CLAVEL, "Bilan et orientations du développement du réseau des ressources intermédiaires", *Nervure*, II, Mai 1989.

[30] F. BÖCKER, "Psychiatrischefamilienpflege und irrenjusorge : socialpsychiatrische konsepte bei Gustav KOLB und heute", *Psychiatrie in Erlangen*, E. Lungerhausen und Baer, 1985, traduit dans "Les placements familiaux thérapeutiques", *Fleurus*, Paris, 1987.

[31] S. DIXON, "Allégations of abuse in foster care : thé origin and development of incidents which may émerge as allégations of abuse", 9 ème International Foster Care Conférence, Bergen, Norvège, 1995.

[32] P. POPPE, "Family placements ofelderly people", *Nervure*, II, Mai 1989.

[33] J. TRISELIOTIS, "Setting up Foster Programmes in Roumania : an european perspective", 8 th IFCO conférence. Communication intéressante aussi dans la mesure où son auteur établit des comparaisons entre vision "libérale" et totalitaire des prises en charge des enfants.

[34] G. POSTER, R. ROBINSON, F. CHINEMANA, H. JACKSON, "Orphan prevalence and extented family cure in a peri-urban communitu in Zimbawe", *AIDS care*,7,1995.

[35] S.É. CASTLE, "Child fostering and children's nutritional outcomes in rural Mali : thé rôle offemale statns in directinv child transfert", *Social sources and médecine*, 40,1995.

[36] Revoir à ce sujet le beau reportage de Serge MO ATI diffusé sur Antenne 2 en 1990, intitulé "Les enfants du SIDA".

[37] G. LAMB, "Poster care in thé Hong Kongfamily welfare society : client profile and operational procédures", *Hong Kong Family Welfare*

Society, 1992, et la communication de C. O' BRIEN à la conférence de l'IFCO de DUBLIN, en 1993.