

Chantal GROLLEAU-VALLET

Direction des soins, Centre Hospitalier Spécialisé Ainay le Château

De la colonie familiale à l'accueil familial thérapeutique

Quelles évolutions ?

Des évolutions : Il y en eut quelques-unes. En effet, nous abordons là, pratiquement, un siècle d'histoire.

Tout d'abord quelques dates :

- ❖ **1892** : Création de la première Colonie familiale à Dun sur Auron.
- ❖ **1992** : Ainay le Château se lance dans la mise en application des textes sur l'Accueil Familial Thérapeutique.

- ❖ **1900** : Ainay le château, annexe de la Colonie Familiale de Dun, devient Colonie autonome.
- ❖ **2000** : Le Centre Hospitalier d'Ainay fête son centenaire. Il termine son premier projet d'établissement et se prépare pour l'accréditation.

De la Colonie Familiale à l'accueil familial thérapeutique, quelles évolutions ?

De la **Colonie Familiale**, institution ancienne et lourde, il aura fallu passer par la **mise en conformité**, c'est à dire, par l'application de la nouvelle réglementation, pour arriver à la définition d'un **accueil familial thérapeutique**.

Mon propos s'articulera donc autour de ces trois axes :

🔹 **La Colonie Familiale** : En parler, c'est faire un point **d'histoire**, situer le **contexte**, planter en quelque sorte le **décor**.

🔹 **La mise en conformité** : C'est raconter l'histoire d'une **démarche active**, programmée, inscrite dans un temps donné. Un **scénario** précis pour que soit **respecter la réglementation**.

🔹 **L'accueil familial thérapeutique** : C'est voir, comment on peut **jouer la pièce autrement**. Et pour ce faire, redéfinir les places et rôles de chacun **des acteurs**.

1. La colonie familiale

C'est en 1892 que le conseil Général de la Seine, soucieux de **désengorger les hôpitaux parisiens**, demande au **Dr Auguste Marie** de créer à Dun sur Auron dans le département du Cher, la première Colonie Familiale.

Nous ne reviendrons pas sur les débats de l'époque et les polémiques entre médecins aliénistes, les partisans de «l'open door» s'opposant, à ceux qui pensaient, alors, que « traitement et liberté » ne sauraient aller ensemble.

Trois raisons furent mises en avant et plaidèrent en faveur du projet :

- ♦ **Raisons humanitaires** : *les bienfaits de la campagne opposés aux méfaits de la ville et la possibilité pour le malade d'y retrouver une moralité.*
- ♦ **Raisons économiques** : *le placement dans les familles est un moyen beaucoup plus économique que le traitement à l'asile*
- ♦ **Raisons médicales** : *le surpeuplement des asiles ne permet pas de soigner efficacement les malades curables,*

Cette idée qui a permis la création des colonies familiales, **l'idée de séparation des aigus et des chroniques**, **chroniques qui paralysent l'instrument de soin**, est d'une **actualité permanente**. Pourquoi pas ! à condition que l'on continue de donner aussi des soins aux chroniques. Différents sans doute, **mais toujours des soins**.

1892 donc, création de la première colonie familiale en France : Au départ les placements étaient concentrés sur Dun, mais très vite devant le nombre croissant de transferts venant de Paris on décida de créer des annexes distantes de 5 à 25 kilomètres. Ainsi **Ainay le Château**, dans le département de l'Allier, qui, ouverte en **1898** connut une extension rapide. En raison de son développement et de son éloignement, elle **devient Colonie Familiale autonome en juin 1900** Le docteur LWOFF nommé médecin-directeur va procéder à la mise en place d'une colonie **pour hommes**. Dun sur Auron recevant uniquement **des femmes**.

On note, cependant l'exception d'un pourcentage infime de patients hommes à Dun, travailleurs recrutés pour le jardin et les travaux de force et de femmes à Ainay pour la couture et le repassage.

Les deux institutions s'étendent sur des communes avoisinantes avec cependant à équidistance, de l'une et de l'autre, une zone neutre, ne recevant aucun patient de l'une ou l'autre colonie. Comme une espèce de barrière entre les hommes d'Ainay et les femmes de Dun.

Beaucoup plus sérieusement, il semblerait que ce soit les maires successifs de la commune en question, tous issus de la même famille, qui aient opposé leur veto, à l'installation des patients, ainsi qu'il leur en a été fait droit par les différents règlements intérieurs des deux colonies.

On se rappellera qu'à **cette époque le seul mode de traitement était l'enfermement**. Confier des malades à des paysans berrichons ou bourbonnais, alors que n'existait aucun traitement médicamenteux, apparaît comme une idée «osée»

Même si l'on sait qu'Auguste Marie parlait «de petits mentaux», c'est à dire de personnes présentant peu ou pas de troubles du comportement.

Même si l'on sait que le premier règlement intérieur de Dun parle de «Colonies Familiales de vieillards de la Seine».

Les deux colonies familiales ont le statut d'établissement public départemental. La **tutelle appartient au Préfet de la Seine**, puis au Préfet de Paris après l'éclatement du département.

Souvent placés dans des fermes, ces malades sont bien accueillis, et fournissent, parfois, une main d'œuvre bon marché. On parle alors des «**pensionnaires**». Le travail des «**nourrices**» se limite à l'hébergement, leur tâche s'apparente à du «**gardiennage**», accompagné en cela par des «**surveillants**».

La terminologie situe bien la **conception du placement**, à cette époque.

Mais les colonies familiales ne se sont pas situées en dehors de **l'évolution de la société** en générale, ni de celle de **la psychiatrie** en particulier.

L'avènement des psychotropes, l'apparition des psychothérapies institutionnelles ont amené **des changements** :

- ✦ En terme de **prise en charge**, bien sûr : Médicaments, Ergothérapie, Clubs de patients....
- ✦ Mais également en terme de **patients** accueillis :

En effet, si les transferts viennent toujours de la région parisienne, les diagnostics sont différents. Psychotiques, et délirants traités ont remplacé les arriérations mentales, et ces débilités qui se sont souvent révélées, dans le contexte d'Ainay, être des psychoses infantiles.

Mais ce qu'on retrouve pour ces malades, comme pour ceux qui les ont précédés, c'est l'absence de projets réels, et l'échec des institutions qui les adressent.

Dans les années 1970, on note encore à Ainay une capacité d'accueil de **1200 places**, disséminées dans un rayon de 20 kilomètres. **Chaque famille peut encore accueillir 4 malades.**

En 1973, devenu depuis **Centre Psychothérapeutique interdépartemental**, Ainay se voit confié la responsabilité d'un tout **petit secteur de l'Allier**, **20 000 adultes**. C'est également le début de **la mixité** dans l'établissement, tant au niveau patients qu'au niveau des personnels.

L'intégration au **dispositif sectoriel** est apparue nécessaire et obligatoire pour la **survie de l'établissement**. Avec en même temps la conscience implicite que la **doctrine du secteur**, s'opposait à la **formule du placement familial**,

En effet, s'agissant de soigner le patient dans son milieu d'origine ou à défaut dans des lieux proches :

La contradiction, secteur / placement familial, pour des malades de la région parisienne, est manifeste.

A Dun, comme à Ainay ces ex-colonies familiales, le placement et sa valeur thérapeutique, est au cœur des débats et des polémiques.

Opposé de façon antinomique au secteur, il divise les fermement «pour» et les farouchement «contre».

Il fait réfléchir ceux, qui moins manichéens, le pensent en termes :

- ✓ d'indications thérapeutiques précises,
- ✓ de suivi,
- ✓ d'encadrement suffisant,
- ✓ d'évaluation permanente,

Bref, en terme d'un système à revoir.

L'expérience du **placement familial à grande échelle**, telle que réalisée à Dun et Ainay est **demeurée unique** en France.

Il faudra attendre les années **1970 /1980** pour voir ressurgir un **nouvel intérêt pour le placement familial**.

En 1985, selon des études réalisées alors, 28 structures en France, l'organisent. En opposition aux **«colonies familiales»** toujours évoquées de façons négatives, **comme exemple à contrario**. *Les critiques venant d'ailleurs, parfois, de ceux-là même, qui ont adressé leurs échecs à Dun et à Ainay.....*

Il s'inscrit alors dans le **cadre du secteur** et est présenté, comme une **alternative à l'hospitalisation**.

L'absence de cadre légal a amené des pratiques très différentes, chacun de son côté essayant de «bricoler» ses solutions et de faire au mieux.

La nécessité de textes réglementaires s'impose.

Les deux colonies familiales, devenues depuis **Centres Hospitaliers Spécialisés**, avec leurs dispositifs importants de placements familiaux. **Placements familiaux sans existence statutaire définie, sans réelle référence réglementaire, les attendent et les appréhendent.**

Depuis plusieurs années se mènent à Ainay, réflexions et débats, discussions entre personnels, familles d'accueil, élus. En 1985, on a limité à 3 patients l'accueil par famille. Cela facilitera la tâche pour le passage en chambre individuelle.

Chez le voisin Dunois, par contre, en 1992, on trouve toujours, une majorité d'accueil à 4 patients (deux chambres à deux lits).

La loi du 10 juillet 1989, puis la publication de l'arrêté du 1^{er} octobre 1990, les notes qui suivirent, fournissent des **outils juridiques**. Ils mettent fin à une longue période d'absence de cadre légal, dont ont souffert les deux institutions.

Mais, même, s'il est clair que ces textes ne sont pas conçus pour elles, Il va pourtant falloir, aux deux « Colonies Familiales », s'y conformer, afin de pouvoir, légalement, continuer d'exister.

2. La mise en conformité

Dès leurs publications, Ainay, qui les attend, confronte sa réalité institutionnelle aux exigences des textes. Mais c'est janvier 1992 qui voit, se formaliser la volonté très affirmée de mise aux normes.

De février en avril, le nouveau directeur, accompagné des soignants référents, effectue une visite systématique de tous les placements.

Le bilan de ces visites, repris avec l'ensemble de l'équipe soignante, permet de déterminer le devenir de chaque placement :

Ainsi des **911 lits visités** :

- ▶ **55 reçoivent d'emblée l'agrément.** Ils présentent les conditions de confort requises, sont en chambre individuelle. La prise en charge est valable, La responsable n'exerce pas d'autre activité salariée.
- ▶ Ceux pour lesquels des modifications sont nécessaires et possibles, c'est à dire **211**, reçoivent **un agrément provisoire**. Les responsables signent un contrat qui leur donne accès au nouveau statut et prennent l'engagement d'effectuer des **améliorations**. Ces prescriptions modificatives peuvent concerner les locaux, les conditions d'hébergement ou la prise en charge.
- ▶ **95 lits** présentent des situations criantes d'inconfort et de prise en charge défectueuse et **sont fermés d'urgence**.
- ▶ Les autres lits sont maintenus en **fonctionnement pour une période limitée à deux ans**. Les familles gardent l'ancien statut. Si cependant, elles souhaitent l'intégration dans le dispositif réglementaire, elles passent par la nouvelle procédure de recrutement mise en place.

La campagne d'agrément commencée en août 1992 a duré 3 ans. La capacité en accueil familial est passée de **911 lits** au départ, à **540 en 1997**. Et pour **40%** d'entre elles, ces places sont offertes par des familles d'accueil **nouvellement recrutées**.

S'appuyant sur les textes, Ainay le Château, conduit donc sa **politique de changement**.

- ↳ Après des **unités d'accueil**, en **diminuant la capacité**, en **améliorant la qualité**, tant au niveau matériel qu'au niveau relationnel.
- ↳ Après des **patients** :
 - ↳ en menant avec ceux qui peuvent en bénéficier, des **projets individuels de sorties**,
 - ↳ en accueillant de **nouveaux patients** :
 - *que porteurs de **projets thérapeutiques**.
 - *et pour des durées de **séjours déterminées**.

Au-delà d'une sélection plus rigoureuse, «**la requalification**» des **familles d'accueil** passe également par une **formation**. Celle-ci fait intervenir des personnels soignants et administratifs de l'établissement et deux organismes spécialisés. Sont abordés : Législation et droit du travail, connaissance de l'institution, économie sociale et familiale.

Mais surtout la formation aborde **les notions de projet thérapeutique**. Elle définit la collaboration équipe, famille, et situe la démarche d'accueil des patients dans un **processus évolutif d'accompagnement** et d'**autonomisation**.

Elle s'applique à faire comprendre qu'il faut donner une certaine dimension **affective et sécurisante** aux relations, tout en admettant que si elles font progresser l'accueilli, il partira vers **une autre structure**.

La formation mise en place en janvier 1993, se déroule par petits groupes de douze personnes, mélangeant les anciennes et nouvelles recrues. Par demi-journées, elle dure six semaines. Elle est un temps d'expression. Elle s'est complétée depuis par des groupes d'échanges, à thème, ou sur la pratique, animés par les soignants.

L'ouverture d'**unités d'accueil** dans **les villes et les bourgs** a été privilégiée, l'espace géographique d'**implantation étendu**. *Les Unités se répartissent actuellement dans un rayon de 30 à 40 kilomètres, sur les départements de l'Allier et du Cher.*

L'éloignement des structures pré-établies à l'usage des patients : Cafétérias, annexes, ateliers. Cette distance mise avec l'institution, l'absence de concentration, **demandent et favorisent** une plus grande prise en charge par les familles, et par là même, **une meilleure intégration des patients**.

Bien entendu, **le profil des familles d'accueil** évolue. Le nouveau recrutement voit arriver **des femmes plus jeunes**, ayant souvent une expérience professionnelle. Elles considèrent l'accueil des patients comme **un réel travail** et non plus comme un simple appoint financier. Des **hommes** également en «recherche d'emploi», s'avèrent de bons accueillants.

Dans cette démarche de mise en conformité, **les personnels se sont sentis partie prenante**. Des groupes de réflexion ont été constitués, le travail de deux de ces groupes a débouché,

- ▶ pour l'un, sur un **document de liaison** : Familles d'accueil / équipe soignante;
- ▶ pour l'autre, sur une réflexion élaborée dont a pu largement s'inspirer le **programme de formation** évoqué ci-dessus.

C'est dans ce climat d'effervescence que commence le travail d'**élaboration du projet d'établissement**. Pris entre le **désir d'évolution**, et la **peur du changement**, les agents expriment des craintes :

- Craintes de ne pouvoir bouger un dispositif aussi lourd .
- Craintes, devant la nécessaire diminution du nombre de places en accueil .
- Craintes de voir avec ces places, disparaître des postes.

Des réticences aussi, plus ou moins clairement exprimées, par rapport aux projets de sorties de certains patients. Le propos des soignants rejoignant alors celui des familles d'accueil : « il est là depuis si longtemps, il ne pose pas de problème, il est bien ».

Mais la « machine à avancer » est en route, et les plus réservés sont entraînés par les plus motivés.

3. L'accueil familial thérapeutique

Quand il faut passer de la mise en conformité du dispositif d'accueil familial à son adaptation à des **modes de prises en charge nouveaux**, les personnels s'engagent avec le médecin responsable dans un travail de recherche, de réflexions :

- Ainay a un **rôle** à jouer pour les patients qui ne sont pas de son secteur,
- Mais ce **rôle** ne peut pas être celui que le système psychiatrique lui a fait jouer.
- Ce **rôle** qu'il a accepté de jouer pendant trop longtemps.

Eliminer les mauvaises **raisons de venir à Ainay**, en trouver des bonnes.

Sont définies alors, les modalités de l'Accueil Familial Thérapeutique Temporaire. L'intitulé est essentiel, il dit en clair : Ainay ne prend pas vos malades de façon définitive. Il ne vous libère plus de vos échecs !

En fait la contradiction entre Accueil à Ainay et secteur, n'est peut-être pas si évidente. Entre une **nécessaire proximité souvent**, et un **indispensable recul, parfois**. Tout est affaire de distance, d'appréciation de la bonne distance.

Plusieurs raisons, en effet, peuvent justifier **l'éloignement d'un patient de son secteur d'origine** :

- ⊕ Ce secteur n'offre pas la structure, le mode de prise en charge qui répond aux besoins du patient.
- ⊕ Il faut rompre provisoirement ou définitivement avec un milieu qui s'avère pathogène;
- ⊕ La proximité du lieu d'émergence de la maladie rend certaines difficultés insurmontables..

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

La durée de l'accueil, six mois à un an, posée à l'avance avec l'équipe d'origine, est proposée pour des objectifs précis : Ce peut être :

- ① **Evaluation** : par la mise en situation du patient, cet accueil permet de recueillir des éléments pour l'élaboration d'un projet. L'évaluation porte sur le degré d'autonomie, les possibilités d'insertion sociale, les capacités d'intégration dans un réseau affectif de type familial.
- ① **Stimulation** : L'accueil est alors associé à une prise en charge stimulante, de type ergothérapique qui impose des éléments contraignants de réalité dans un but structurant.

Cela a pu être également :

- ① **Rupture** : un séjour de 15 jours minimum, pouvant se répéter, permet de faire la coupure avec un milieu habituel, soit qu'il soit provisoirement défavorable au patient, soit que ce lieu ait besoin d'un relais.

Ainsi, dès lors qu'il y a un projet pour le patient, que l'accueil le relaie un temps donné. **Il n'y a pas rupture avec le secteur d'origine.** Le lien avec la famille, quand, il existe, et n'est pas pathogène, est maintenu.

L'A.F.T d'Ainay se trouve inclus dans un réseau de **soins coordonnés**.

Il ne se situe pas en opposition avec l'Accueil Familial de proximité, mais comme une autre possibilité, **un outil de soins supplémentaire, complémentaire.**

Les changements ont amené une nouvelle organisation. S'impose une **nouvelle définition des places et rôles de chacun.**

La fonction d'hébergement que se contentaient d'exercer auparavant **les familles d'accueil** est dépassée. Elles réalisent dorénavant **un accueil et un accompagnement des patients.**

Leur action se situe sur le plan des actes de la vie quotidienne. **Elles participent ainsi à la mise en œuvre du projet thérapeutique** et prennent de plus en plus en charge, ces tâches dites « matérielles ». Tâches dénoncées précédemment par les infirmiers, comme n'étant pas de leur fonction.

Certains infirmiers, auraient, effectivement, souhaité voir lister les tâches relevant du rôle des familles d'accueil et celles leur revenant.

*D'autre parfois, les mêmes, après s'être plaints de voir leur temps « mangé » par des tâches jugées annexes, appréhendaient en les perdant, de se retrouver dans une **fonction soignante libérée, mais non organisée.***

Le positionnement par rapport au patient est essentiel: quitter les « rôles » infirmier ou famille pour se demander ensemble ce qui est préférable pour le patient.

Ce patient, pas un autre et, ce patient dans ce temps précis.

Pas de règle de répartition donc, mais un questionnement systématique.

*Accompagner un patient pour un achat de vêtement n'est pas en soi, du domaine infirmier, ni du domaine famille d'accueil. **C'est le patient, son autonomie, ses besoins propres, ses difficultés, son degré d'évolution au moment donné qui détermine.***

Ce nouvel accueil familial voit arriver des patients présentant **des pathologies plus actives** et demandant des prises en charge plus élaborées. Venant des départements proches, *ils sont prioritaires*, ou de la région Ile de France, c'est chaque année depuis 1995, entre 20 et 50 patients qui ont été accueillis à ce titre.

Chaque admission répond à un **protocole défini**, comprenant, notamment, une consultation préalable, avec **rencontre des équipes**

Dans l'accueil familial thérapeutique, **la partition se joue toujours à trois**. Chaque acteur jouant un rôle qui lui est propre :

- ✦ **Le patient** avec son histoire, son vécu familial, sa pathologie. Mais également ses attentes, ses projets.
- ✦ **La famille d'accueil**, dans sa composition, son environnement social, géographique, sa manière d'être.
- ✦ **L'équipe soignante** avec derrière elle l'institution hospitalière, sa culture, son projet. Equipe dont le maillon avancé est l'infirmier.

Différents types de relation vont s'établir :

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

Dans cette **relation triangulaire**, un certain nombre de choses peuvent être programmées, organisées dans le cadre du projet thérapeutique.

Des fonctionnements pressentis, envisagés.

Mais une part échappe toujours à l'équipe de ce qui va se jouer entre le patient et la famille d'accueil :

- ✓ De ce qui va se jouer pour le patient.
- ✓ De ce qui va se jouer pour la famille d'accueil.
- ✓

Certains éléments parfois pourront être «récupérés», «réinjectés».

L'équipe, cependant, pour jouer **le jeu de l'accueil familial thérapeutique** doit accepter de se départir d'un certain savoir.

Tout en **accompagnant**, elle doit accepter qu'un **certain nombre de choses se passent** :

Qui la dépassent.

Ce qui est thérapeutique dans l'accueil familial, ce n'est ni la famille, ni l'équipe, mais **l'ensemble constitué avec le patient.**

Ainay le Château possédait **les éléments** mais semblait ne pouvoir réaliser la **synergie.**

De la colonie familiale à l'accueil familial thérapeutique, il aura fallu passer par la mise en conformité.

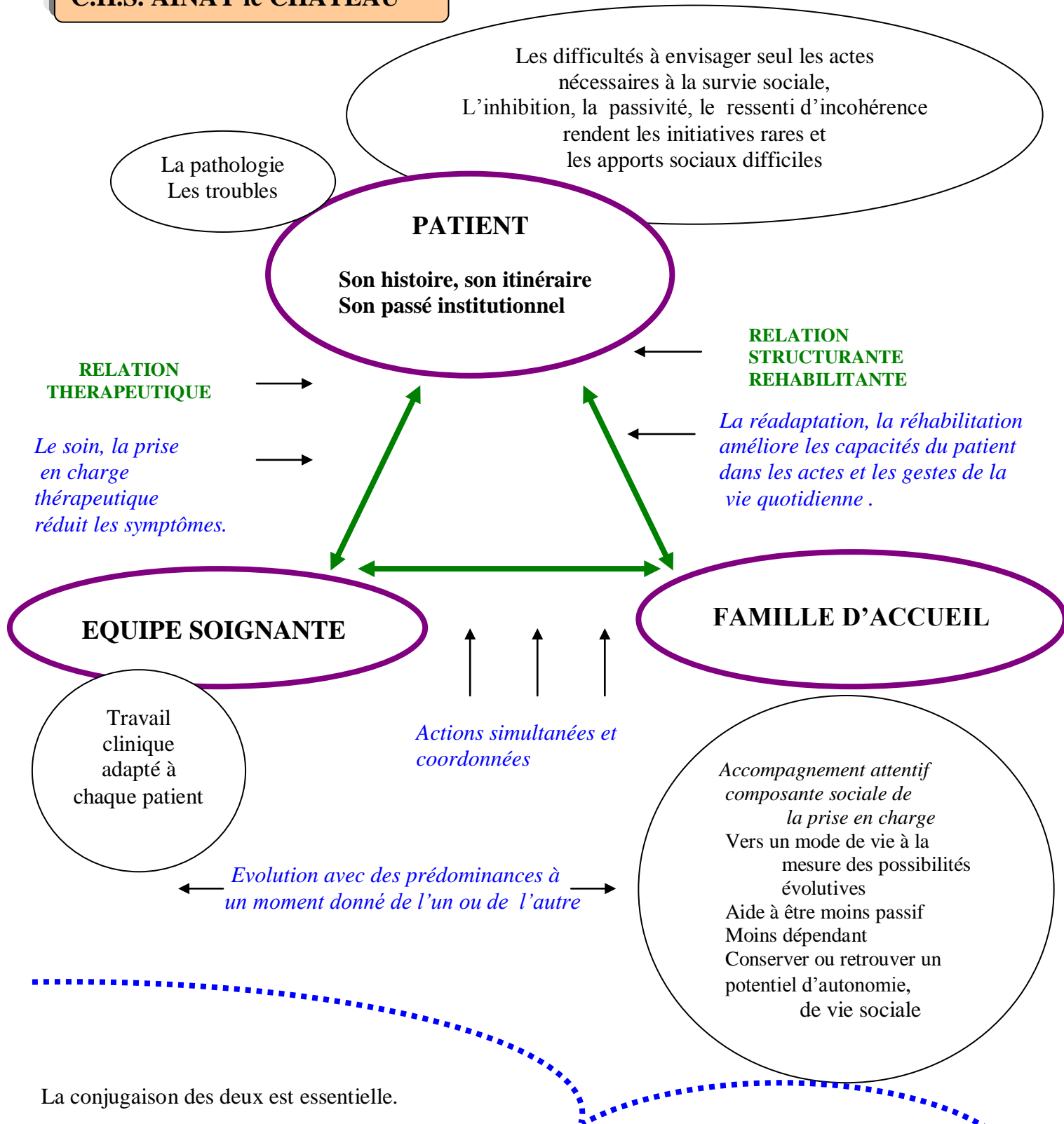
Cet apport de la réglementation fut essentiel. Il permit d'opposer, et parfois imposer des références à un système particulièrement lourd.

Cependant les textes à eux seul n'auraient pu suffire, s'il n'y avait eu un désir et **une volonté** convergente à l'intérieur de l'institution, des différents acteurs : Médecins, administratifs, personnels.

Sur des bases clarifiées, le **Centre Hospitalier d'Ainay** continue de mettre en œuvre **une réelle politique de soins.** Il sait qu'au-delà de l'accès à la **légalité** que lui a conféré le respect des textes, sa **légitimité** repose sur la place qui doit lui être reconnue dans le dispositif de Santé Mentale en raison des **prises en charge originales et de qualité qu'il peut offrir.**

Je vous remercie.

C.H.S. AINAY le CHATEAU



La conjugaison des deux est essentielle.

La seule approche clinique est impuissante à aborder les questions matérielles et à fournir l'étayage qui permette de progresser vers une dépendance moindre.

A l'inverse se préoccuper seulement d'accompagnement social en négligeant la pathologie peut conduire à une chronicisation en accueil familial.

ACTIONS ET RELATIONS EN ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE