

Nom : **Dupont**
Prénom : **Aurore**
Née le : **31/05/1985**

DOSSIER MEMOIRE :

La réinsertion sociale
des adultes malades psychiatriques
par l'Accueil Familial Thérapeutique

DCESF session 2007

Sommaire

Introduction.....	4
Démarches méthodologiques :	6
Problématique, hypothèse.....	8
1 - De l'hospitalisation au dispositif de l'Accueil Familial Thérapeutique.....	9
1-1 Origine et historique de l'Accueil Familial Thérapeutique.....	9
1-2 Définition de l'AFT selon le cadre législatif.....	10
Les acteurs de l'accueil familial thérapeutique sont :.....	10
L'agrément :.....	11
Le règlement intérieur :.....	12
Le contrat d'accueil :	13
La rémunération :	14
1-3 L'hospitalisation.....	16
1-3-1 Les procédures d'admission à l'hôpital.....	16
1-3-2 Le séjour hospitalier.....	17
1-4 Le choix des personnes accueillies	21
1-4-1 Les pathologies compatibles avec l'AFT.....	21
La schizophrénie :	21
La psychose infantile vieillie :	22
Les symptômes sont les suivants : :	22
1-4-2 Indications et contre indications à l'AFT.....	23
1-4-3 Descriptif de l'accueilli	24
1-5 L'accueillant	25
1-6 L'équipe pluridisciplinaire et le suivi du malade.....	28
2 - Intérêts et limites de l'Accueil Familial Thérapeutique.....	29
2-1 Les différents éléments de réinsertion sociale en jeu dans l'AFT	29
2-1-1 La représentation du fou dans la société.....	29
2-1-2 La réhabilitation psychosociale.....	30
Les différents types de besoins dégagés :	31
2-1-3 Le phénomène de résilience et la création de lien social	33
2-1-4 Accueil Familial Thérapeutique et théories psychologiques.....	35
2-2 Les limites de l'Accueil Familial Thérapeutique	37
2-2-1 Les débouchés de l'AFT.....	37
2-2-2 Les limites au point de vue institutionnel.....	38
2-2-3 Les limites au point de vue psychologique et relationnel.....	39
2-2-4 Les limites économiques.....	41
Conclusion	43
Bibliographie.....	44
Ouvrages :.....	44
Périodiques :.....	45
Internet :.....	45
Annexe 1 : Entretien avec un professionnel de l'AFT.....	46
Présentation :	46
Procédure de mise en place de l'AFT :	46
Profils types :.....	47
Suivi médico-social :.....	47
Le malade et son environnement (spatial, économique, juridique, familial) :.....	48

Effet thérapeutique :.....	49
Annexe 2 : Résultats des entretiens avec les accueillants.....	50
Présentation :.....	50
La vie quotidienne d'un accueillant :.....	51
Le lien avec la personne accueillie :.....	51
L'après AFT :.....	52

Introduction

Depuis plusieurs années, l'accueil familial pour adultes est en pleine expansion.

En effet, traditionnellement, les solidarités familiales ou communautaires s'exerçaient à l'égard des personnes en difficulté. Comme l'explique Jean-Claude Cébula, directeur de l'Institut de formation, de recherche et d'évaluation des pratiques médico-sociales (IFREP), *« ces adultes dépendants trouvaient naturellement refuge dans la famille nucléaire ou élargie. Les ancêtres bénéficiaient de l'attention de leurs enfants, les simples d'esprit s'occupaient à des tâches familiales ou villageoises. Des parents, la famille, voire des voisins ou la communauté, prenaient en charge ses aînés ou ses malheureux, sans intervention des services sociaux ou de l'administration »**

Cependant, avec l'essor de l'industrialisation, un exode vers les villes a conduit à de profondes transformations du modèle familial. Ainsi, les générations se sont dispersées, de ce fait le lieu d'habitation est devenu plus petit. Le travail féminin à l'extérieur du domicile s'est généralisé. De nouveaux modèles de composition familiale ont vu le jour : de nombreuses familles ont éclaté avec, pour conséquences, la constitution de familles recomposées et la multiplication de familles monoparentales. Aussi, rares sont désormais les personnes en difficulté qui sont prises en charge par leur milieu familial ou communautaire proche.

Il est donc apparu nécessaire de concevoir des petites unités de vie ou familles d'accueil, qui ont l'avantage d'offrir des conditions de vie chaleureuses. Devant l'insuffisance des formes d'hébergement traditionnelles, les pouvoirs publics ont été conduits à rechercher des formules souples, correspondant aux besoins des personnes concernées et d'un moindre coût pour la collectivité. Ainsi, **la loi du 10 juillet 1989**, relative à l'accueil, par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux de personnes âgées, de personnes handicapées ou de malades mentaux, a permis de sortir de la clandestinité, et du vide juridique des pratiques sauvages d'accueil, en cadrant l'accueil familial.

Aujourd'hui en France, près de 10 000 accueils familiaux agréés prennent en charge des personnes rencontrant des difficultés passagères ou permanentes.**

* Source : *L'accueil familial des adultes*, Cébula J.-C, Dunod, 1999

** étude effectuée par l'association nationale des accueillants familiaux : Famidac

Cette loi instaure deux types d'accueil familial, l'un dit « **social** » et l'autre « **thérapeutique** », étant précisé que certaines familles peuvent travailler dans le cadre des deux dispositifs et les usagers passer de l'un à l'autre, en fonction de l'évolution de leur problématique.

Dans le cadre de l'**accueil familial social**, des particuliers prennent en charge, à leur domicile, à titre onéreux, sous la responsabilité des conseils généraux, des personnes âgées ou handicapées adultes qui sont leurs employeurs. Cette forme alternative d'hébergement permet de bénéficier d'un mode d'accueil intermédiaire entre le maintien à domicile, qui n'est pas toujours possible, et l'hébergement collectif en établissement, qui n'est pas toujours désiré par les personnes concernées. Ce mode d'accueil constitue une formule souple qui permet généralement à la personne âgée ou handicapée, par la proximité géographique du lieu d'accueil, de maintenir des liens tissés avec son environnement antérieur, tout en lui offrant un cadre familial et sécurisant.

L'Accueil Familial Thérapeutique (AFT), est lui bien moins connu ; pourtant près de 3 000 personnes bénéficient de celui-ci. Il organise la prise en charge de personnes adultes souffrant de troubles mentaux par des familles d'accueil n'ayant pas de lien de parenté, qui sont salariées et encadrées par un établissement ou un service de soins. L'intérêt étant de permettre la poursuite du traitement dans un espace social démedicalisé, qui favoriserait une évolution thérapeutique positive.

L'accueil familial social concerne autant les personnes handicapées physiques que mentales, et celui dit thérapeutique s'adresse aux malades mentaux ; aussi il semble nécessaire de faire la distinction entre ces deux statuts.

La maladie est « *une altération de la santé en un sens général, possédant des causes, se manifestant par divers signes ou symptômes, ayant une évolution ; dont le médecin peut évaluer le pronostic, établir une thérapeutique* »^a

« *Constitue un handicap, 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.* »^b

a Source : R. Liberman, *Handicap et maladie mentale*, Presse Universitaire de France, (Que sais-je ?), 1999

b Loi du 11 février 2005 portant sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

La maladie mentale est une affection qui perturbe la pensée, les sentiments ou le comportement d'une personne de façon suffisamment forte pour rendre son intégration sociale problématique et pour lui causer souffrance. Aussi on peut dire qu'elle entraîne un handicap social.

Ainsi, la différence entre l'accueil familial social et thérapeutique, est que le premier a une fonction purement de maintien de lien social, tandis que le deuxième revêt deux aspects : le médical et le social.

L'AFT serait utilisé comme un véritable outil de réinsertion sociale, accompagnée de soins et de médicaments.

Démarches méthodologiques :

Afin d'étudier ce phénomène, j'ai effectué deux types de recherches.

J'ai réalisé de nombreuses **recherches documentaires**, dans des ouvrages, des périodiques ou sur internet. Elles m'ont permis de répondre à certaines interrogations, et de m'orienter vers de nouvelles pistes.

J'ai également fait une **étude de terrain**.

Je me suis rendue à la journée sur le handicap, là , de nombreux stands du secteur associatif dans le domaine du handicap et de la maladie mentale étaient présents. Ainsi, grâce à une prise de contact avec l'association des Visiteurs de Malades en Etablissement Hospitalier (VMEH), j'ai pu m'immerger dans le secteur psychiatrique de l'hôpital public général Sainte Marguerite, une fois tous les quinze jours pendant environ 3 mois.

Cette association, loi 1901, est nationale et comprend 83 pôles départementaux, fédérés par le Centre National de Liaison. Chaque pôle intervient sur un département, grâce à plus de 8 500 personnes bénévoles de tous âges, qui s'engagent à consacrer une demi-journée par semaine à la visite des personnes malades, handicapées, âgées, et /ou fragilisées.

Le secteur psychiatrie de Sainte Marguerite a été réhabilité en 2007 : de nouveaux bâtiments sont venus remplacer les anciens, permettant par la même occasion d'augmenter le nombre de places, ainsi les malades psychiatriques adultes de l'hôpital La Timone ont pu être transférés là-bas. Dans le secteur de la psychiatrie, les rencontres entre bénévoles et malades s'effectuent

dans la salle à manger, autour d'un goûter. Cela égaye un peu le quotidien et favorise l'écoute et l'échange. Cette expérience m'a permis d'appréhender ce public, et surtout de découvrir de l'intérieur les différents services psychiatriques, qui sont la première étape avant l'orientation vers l'AFT.

J'ai également réalisé des entretiens dans les établissements hospitaliers de Marseille où l'AFT a été mis en place.

A l'hôpital Édouard Toulouse, où sont rattachées sept familles d'accueil, je me suis entretenue avec Mme B., cadre de santé à la direction des soins (*voir annexe 1*). Ses domaines d'intervention touchent : l'AFT, la formation continue du personnel infirmier, l'encadrement des stagiaires, les rapports d'activités, la procédure du séjour hospitalier.

Elle assure la gestion des huit familles d'accueil, et la coordination entre les différents acteurs. Quatorze malades bénéficient de ce dispositif.

Au centre hospitalier Valvert, j'ai rencontré Mme R., également cadre de santé. Elle s'occupe du service de réinsertion des malades, donc de l'AFT, de l'hôpital de nuit et de jour, du Centre d'Aide par le Travail. Cinq familles d'accueil sont rattachées à cet établissement, et il y a de la place pour six patients (une famille accueille deux personnes).

Cela m'a permis de confronter d'une part mes recherches théoriques avec la réalité du terrain ; d'autre part, le fonctionnement des deux établissements.

J'ai rencontré des difficultés pour mener des entretiens avec des familles d'accueil. La démarche a été très délicate, car il a fallu avoir l'autorisation de l'équipe médico-sociale et de l'accueillant. Il a également fallu que je garantisse un temps d'entretien inférieur à une heure, pour ne pas risquer un refus de la part de la famille.

J'ai rencontré une accueillante affiliée à l'établissement hospitalier Édouard Toulouse. Il s'agit de la seule famille d'accueil de cet hôpital que j'ai pu rencontrer, car les autres ne se situent pas sur Marseille.

Je n'ai pas eu l'autorisation de l'équipe pluridisciplinaire de me rendre dans des foyers d'accueil dépendant de l'hôpital Valvert.

Cela m'a poussé à chercher un autre moyen de rentrer en contact avec ces familles. Aussi, j'ai tenté ma chance sur le site de Famidac (voir bibliographie), qui a mis en place un forum pour les accueillants familiaux, afin qu'ils puissent partager leur expérience et poser leurs interrogations. Famidac est une association loi 1901, créée le 23 octobre 1997. Elle a pour but de favoriser le développement des accueils familiaux d'adultes handicapés et de personnes âgées. Elle mutualise et met en œuvre tous les moyens utiles et nécessaires à la réalisation de ce but, son principal moyen de communication étant son site Internet. Aussi, sur ce forum, j'ai expliqué ma démarche, exposé mes questions (voir en annexe), et indiqué mon adresse e-mail. Une dizaine de personnes m'ont répondu, motivées par le fait que l'on porte intérêt à leur métier souvent peu (re)connu, et également poussées par la volonté de pouvoir rendre service. Ces personnes étaient toutes de sexe féminin, avaient entre 2 à 16 ans d'années d'expérience dans ce domaine, et avaient déjà accueillies entre 2 à 10 malades au long de leur carrière.

Ces échanges m'ont donné un aperçu du quotidien au sein des foyers d'accueil, des motivations des accueillants, ainsi que leurs difficultés.

Au vu de tout cela, j'ai pu me rendre compte que la maladie mentale entraîne une difficulté sociale, ce qui est cause de souffrances pour la personne atteinte, puisque le propre de l'être humain est de vivre en communauté.

J'ai pu constater qu'il existe des familles d'accueil thérapeutiques, dont le but est d'instaurer un terrain propice à une resocialisation en douceur.

Problématique, hypothèse

Cela m'amène à poser cette problématique :

A quelles conditions l'immersion de patients psychiatriques, dans les familles d'accueil thérapeutiques, favoriserait-elle la réinsertion sociale ?

Afin de répondre à cette problématique, j'ai établi une hypothèse :

L'Accueil Familial Thérapeutique répond à un besoin de socialisation, qui dépasse le champ médical, sans permettre une totale autonomie dans la société.

1 - De l'hospitalisation au dispositif de l'Accueil Familial Thérapeutique

1-1 Origine et historique de l'Accueil Familial Thérapeutique

Selon la légende, ce type d'accueil familial remonterait à Dymphe, princesse irlandaise du VI^{ème} siècle, décapitée par son père à Geel, en Belgique, où elle s'était réfugiée pour échapper à ses incestueuses assiduités. Un fou qui passait par là, assista à la scène, et recouvra subitement la raison. Dymphe devint la sainte patronne des insensés, ainsi chaque année on lui rendait hommage chaque année en ce lieu. Les pèlerins atteints de folie, venant en quête de guérison miraculeuse, logeaient alors chez l'habitant ; et y étaient laissés par leur famille jusqu'au pèlerinage suivant.

Pus tard, au XIX^{ème} siècle, sous l'influence de J.P Falret, un psychiatre français, furent créés à Dun-sur-Auron (Cher), et à Ainay-le-Château (Allier), deux établissements de ce type, afin de désengorger les asiles parisiens. Des malades mentaux sans espoir d'amélioration furent ainsi placés dans des familles nourricières, à qui l'on payait une pension. Ces malades continuèrent de vivre en marge et ne furent jamais réellement intégrés à la vie de ces villages.

La critique de cette forme de placement émergea dans les années 60 : **le placement familial surveillé** fut instauré par des textes en 1963, il ne s'agissait alors que de vérifier les conditions matérielles d'accueil.

Ce fut en 1967, avec la création du **placement psychothérapeutique pour adultes** du XIII^{ème} arrondissement de Paris que cette pratique connut une forme résolument thérapeutique. Celui-ci avait une capacité de plus de 1200 lits, disséminés dans un rayon de 20 km. Chaque famille pouvait accueillir jusqu'à quatre malades dont elle assurait, avec l'aide d'infirmiers et de surveillants, le gardiennage et la prise de médicaments.

A partir de là, des expériences de soins en famille d'accueil naissent dans plusieurs régions de France.

En 1980, à Nantes, une **structure associative vouée exclusivement au Placement Familial Psychothérapeutique** voit le jour. Cela va susciter une importante réflexion sur ce sujet, tant au

plan clinique qu'au plan organisationnel : l'attention des diverses instances de gestion est attirée afin de créer un cadre juridique et des statuts plus appropriés.

Les hôpitaux psychiatriques prennent alors le relais du monde associatif, cadrés par l'arrêté du 14 mars 1986 qui cite l'AFT parmi les alternatives à l'hospitalisation à temps plein.

1-2 Définition de l'AFT selon le cadre législatif

L'accueil familial thérapeutique organise la prise en charge de **personnes souffrant de troubles mentaux** dans des unités d'accueil familial, sous le contrôle et la responsabilité d'un établissement ou d'un service de soins. L'objectif étant de favoriser la réadaptation du malade et de faciliter sa réinsertion.

L'accueil est dit thérapeutique dans la mesure où il intègre l'hébergement et la continuité des soins. Son intérêt réside donc dans la poursuite du traitement au sein d'un espace social démedicalisé, propice à l'épanouissement humain du patient et encourageant une évolution thérapeutique positive.

La **loi du 10 juillet 1989** ne concernait l'accueil familial thérapeutique que dans la mesure où elle avait ouvert la possibilité aux particuliers déjà agréés par le président du Conseil Général, d'accueillir des malades mentaux et d'harmoniser les modalités de rémunération des deux catégories d'accueillants (accueil familial social et thérapeutique).

Ce type d'accueil est régi par **un arrêté du 1er octobre 1990** et par **une note d'orientation du 27 décembre 1991** du ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration, comme exposé à la suite.

Les acteurs de l'accueil familial thérapeutique sont :

- L'établissement hospitalier avec ses différentes structures : à cet effet une **équipe de soins pluridisciplinaire** et spécialisée est constituée (médecin, psychiatre, psychologue, infirmier, assistante sociale...) au sein d'une ou plusieurs équipes de secteur psychiatrique.

Elle est coordonnée par un médecin psychiatre à qui incombe la responsabilité technique et médicale du service (médecin coordonnateur).

- **L'unité d'accueil familial** : elle doit être composée de deux adultes des deux sexes, et le malade accueilli ne doit pas appartenir à leur famille jusqu'au 4^{ème} degrés inclus ou en assurer la tutelle.
- **Le patient** : il doit être susceptible de retirer un bénéfice à la prise en charge thérapeutique dans un milieu familial substitutif stable.

Le nombre de personnes reçues dans chaque unité d'accueil **ne doit pas dépasser deux**. Dans certains cas, sur décision de la DDASS (Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale), il peut se porter à trois.

L'agrément :

Pour recevoir des patients en hospitalisation à leur domicile suivant la formule de l'accueil familial thérapeutique, les personnes **doivent être agréées** à cet effet et avoir signé un contrat d'accueil avec l'établissement. A cette fin, les postulants adressent leur candidature au directeur qui fait procéder à **une enquête par l'équipe de soins pluridisciplinaire**.

En pratique, elle peut s'effectuer, comme à l'hôpital Edouard Toulouse ou Valvert, à partir d'**un entretien** avec le directeur des soins et la personne responsable de l'AFT ; et à partir d'une **enquête sociale** de l'équipe médico psychologique et de l'assistante sociale au sein de la famille.

Cela a pour but de mesurer les motivations, les qualités humaines de la famille d'accueil et son aptitude à héberger des patients ayant parfois un lourd passé psychiatrique. Ceci permet également, entre autres de situer l'habitat, et de juger de l'espace dont disposera la personne accueillie, son implantation au sein de la famille, sa liberté d'action et son autonomie. Le lieu d'hébergement doit respecter les règles générales d'hygiène et de salubrité. Le malade doit disposer d'une chambre individuelle d'au moins 9 m² présentant des conditions d'aération, d'éclairage et de chauffage satisfaisantes.

Dès lors qu'une convention est établie entre l'établissement et le Département, les personnes agréées par le président du Conseil Général dans le cadre de la législation sur l'accueil familial social, peuvent accueillir des malades mentaux. Dans ce cas, un « deuxième agrément » n'est pas délivré, mais l'on vérifie que l'accueillant ou le couple possède bien les qualités requises pour accueillir un malade mental.

Sur proposition du médecin psychiatre, responsable technique, et au vu des différentes enquêtes, le directeur de l'établissement hospitalier gestionnaire du service délivre l'agrément et recrute : soit **un membre des familles d'accueil**, ou soit **plusieurs personnes composant la famille**, en général le couple (un agrément par individu). L'agrément est au nom d'une seule personne, mais l'enquête prend en considération l'avis des autres membres de la famille.

- Le **recrutement** proprement dit se fait le jour où **le premier patient est accueilli au domicile** de l'unité d'accueil.

Le règlement intérieur :

Il organise les relations entre les parties autour de l'accueil familial.

Le directeur de l'établissement hospitalier gestionnaire du service l'élabore en concertation avec l'équipe de soins. Le règlement est ensuite soumis au conseil d'administration de l'établissement et approuvé par le préfet. Il est alors porté à la connaissance du malade, le cas échéant de sa famille, et de l'unité d'accueil familial. Un contrat d'accueil conforme aux termes du règlement intérieur est établi avec chaque famille d'accueil.

Le règlement intérieur définit les objectifs et missions du service d'accueil familial. Il fixe l'organisation, le mode de fonctionnement du service et les droits et obligations des malades, des unités d'accueil familial, de l'établissement hospitalier gestionnaire et de l'équipe de soins.

Il doit donc comporter :

- **Les conditions de recrutement des familles d'accueil**, et notamment :

- les agréments préalables requis
- l'aire géographique de recrutement et d'implantation des unités d'accueil
- la nature des enquêtes et des entretiens demandés en vue du choix des unités d'accueil
- les critères de sélection retenus

- **Les conditions d'accueil** dans les familles :

- la préparation et, le cas échéant, les modalités de formation des membres de l'unité d'accueil assurées par l'équipe d'accueil thérapeutique
- les dispositions applicables aux accueillants en matière de congés, de repos, en cas de maladie
- les limitations relatives au cumul d'emplois

- **Les obligations des unités d'accueil**

- **Les conditions d'indemnisation ou de rémunération**

- **Les conditions de retrait d'agrément** et de fin d'agrément et les conditions de leur renouvellement

- **Les dispositions relatives à l'assurance des unités d'accueil et des malades.** La famille d'accueil agréée doit souscrire un contrat d'assurance, afin de garantir les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile engagée en raison des dommages pouvant être subis par les personnes accueillies.

Le contrat d'accueil :

Il clarifie les relations entre les acteurs, il est donc établi par écrit avec chaque unité d'accueil. Il est à la fois un **contrat de travail** pour les accueillants, et une **convention de**

prestations de service pour l'entretien courant (indemnité pour la location d'une pièce réservée au malade...).

Ce contrat d'accueil précise aussi le contenu du **projet thérapeutique** retenu, qui doit s'attacher à reconnaître les besoins spécifiques du malade et y répondre.

Il précise notamment :

- les règles de conduites que le malade est tenu d'observer, et dans certains cas l'organisation des relations avec la famille naturelle. Le patient doit pouvoir entretenir des relations avec celle-ci, et la recevoir.
- les modalités de participation du malade à la vie familiale de l'unité d'accueil

La rémunération :

La partie salaire :

Elle est composée de :

- **une rémunération journalière** pour services rendus, qui ne peut être inférieure à celle fixée pour l'accueil des personnes âgées et handicapées adultes, soit 2, 5 fois le SMIC (Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance)
- **une indemnité correspondant aux prestations de soutien offertes au patient.** Elle rémunère la collaboration de famille d'accueil au projet thérapeutique du patient. Son montant minimum, fixé par le préfet, est modulé selon les prestations demandées. Elle suit le régime fiscal des salaires.
- **Une indemnité représentative des congés payés** égale à 10% du salaire brut versé mensuellement.

La part prestations :

Elle comprend :

- **une indemnité représentative des frais d'entretien courant de la personne accueillie.**
Elle doit être comprise entre deux et cinq fois le minimum garanti ; elle n'est ni déclarée, ni cotisée, ni saisissable.
- **un loyer** pour la ou les pièces réservées au malade. Il n'est normalement pas imposable.

La couverture sociale :

L'établissement hospitalier (l'employeur) et les personnes recevant des malades à leur domicile, sont tenus au paiement des charges sociales ; elles sont donc couvertes par le régime général de sécurité sociale.

Le rôle de l'équipe pluridisciplinaire :

Elle pose les indications de l'accueil, **prépare le malade** et sa famille naturelle à ce mode de prise en charge et indique à celle-ci les dispositions du contrat qui la concerne directement. **Une aide à la famille naturelle** est éventuellement apportée pour tenter de restaurer les liens du malade avec celle-ci, lorsque cela se révèle possible et souhaitable. L'équipe recueille le consentement du malade ou de son représentant légal sur le choix de l'unité d'accueil ainsi que ses membres ; ensuite elle effectue leur mise en relation et suit l'évolution. Une personne référente est désignée, c'est à elle que l'on peut faire appel en cas de besoin. En cas d'urgence, des personnes à joindre la nuit, les dimanches et les jours fériés sont définies.

Le **soutien thérapeutique et le contrôle de l'accueil** sont assurés par l'équipe de soins pluridisciplinaire et spécialisée dans le respect du règlement intérieur, sous la responsabilité du médecin psychiatre coordonnateur.

En cas de faute grave de l'unité d'accueil familial (mauvais traitements, non-dispense de soins nécessaires, absence de la famille sans prévenir et sans prévoir de solutions de remplacement...), il est procédé au **retrait immédiat du malade**.

1-3 L'hospitalisation

Avant d'évoquer plus en détails les différents acteurs de l'accueil familial thérapeutique, il convient de développer l'hospitalisation qui est un passage obligé avant d'établir ce projet thérapeutique en milieu familial de substitution.

1-3-1 Les procédures d'admission à l'hôpital

Pour être orienté vers l'accueil familial thérapeutique, le patient a du être hospitalisé en secteur psychiatrique, et avoir recours à cette alternative dans le cadre de son projet de soins. En France plus d'un tiers des secteur de psychiatrie générale a mis en place un dispositif d'AFT.¹

Le dispositif pour les maladies mentales distingue trois modalités d'hospitalisation : d'office, à la demande d'un tiers, ou libre.

L'hospitalisation d'office mêle considérations médicales et sécuritaires. En effet, elle se fait sur une décision administrative décidée par le représentant de l'Etat, le préfet. Elle concerne des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins, et qui compromettent la sûreté des personnes, ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public. La décision de sortie est soit décidée par le préfet, soit ordonnée par un juge ; en général elle est sollicitée par le psychiatre.²

C'est à la suite d'une demande écrite manuscrite d'un proche, sur un modèle précis et signé, que la procédure **d'hospitalisation à la demande d'un tiers** est mise en place, si cela est nécessaire. Pour hospitaliser une personne que sa pathologie rend non consentante, il y a obligation de présenter deux certificats médicaux de médecins différents. Ils devront constater de son incapacité à donner son consentement du fait de ses troubles, du besoin de soins

1 source : *L'accueil familial des adultes*, de J.C Cébula, éditions Dunod, 1999

2 source : Schizo-infos n°2 mai 2006

immédiats en milieu hospitalier. Le premier certificat ne peut être rempli que par un médecin indépendant de l'établissement accrédité recevant le malade.

L'hospitalisation libre concerne les personnes « consentantes aux soins ». Elle concerne 85% des admissions en service psychiatrique publique.³ Elle s'applique pour une personne apte à donner aux soins un consentement libre et éclairé. Mais elle est aussi utilisée pour des personnes ne s'opposant ni verbalement ni physiquement aux soins.

Le patient entre et sort de sa propre volonté, toutefois la loi prévoit, si les conditions cliniques sont réunies, de transformer l'hospitalisation libre en hospitalisation d'office ou à la demande d'un tiers. Pour cela, le psychiatre rédige un certificat explicitant les faits et demande à une assistante sociale de l'hôpital de rédiger une requête. Ces deux documents sont adressés au préfet du Département, après avoir été visés par la direction de l'établissement de soins.

Il est à noter que les malades hospitalisés sans leur consentement : d'office ou sur demande d'un tiers, ne peuvent pas faire l'objet d'un accueil familial thérapeutique.

1-3-2 Le séjour hospitalier

Les hôpitaux publics sont subventionnés, dans le cadre d'une enveloppe dont le montant dépend du taux d'activité de l'établissement de l'année précédente, par deux agents payeurs :

- Les **pouvoirs publics** (cantons ou communes) : cela représente **55%** du financement, qui couvre les frais d'investissement (agrandissement, rénovation, acquisition de matériel lourd...), et 50 % des frais d'exploitation
- L'**assurance maladie** : soit **45%** du budget attribué ; ce qui couvre 50% des frais d'exploitation (fonctionnement quotidien : personnel, matériel médical, consommation en énergie...)

³ source : *Psychiatre au quotidien*, de M. Godfryd, éditions P.U.F, 2005

Chaque hôpital, général ou spécialisé en psychiatrie, possède ses propres services administratifs (conseil d'administration, direction), et techniques (pharmacie, laboratoire...). Le nombre et l'organisation des services dépend de l'établissement, du service, et de l'équipe médicale.

En général, à son arrivée le patient s'entretient avec l'équipe médicale pour établir un diagnostic ; et pour faire des examens, si nécessaire, afin d'écartier une éventuelle pathologie organique. Les mesures à prendre, dans le cadre du parcours de soins, seront toujours prises par la suite, entre le médecin et une ou des infirmières. En effet, ce sont les infirmières qui sont le plus en contact avec les malades, donc plus à même de décrire certains comportements ou symptômes. Toutes les décisions sont communiquées au patient, qui donne son avis (dont on tiendra compte ou pas) ; ainsi il est associé de façon « active » à la gestion de ses difficultés. Par exemple, l'un pourra convaincre qu'il doit absolument bénéficier d'une journée de permission, tandis qu'un autre fera convenir qu'il est autorisé à téléphoner.

Schématiquement, il existe deux grands modes de fonctionnement. Soit une unité spécifique (en général en secteur fermé) reçoit les arrivants, tandis que les autres se répartissent les patients pour lesquels une sortie à court ou moyen terme n'est pas envisageable. Soit, chaque unité s'occupe des « même types de malades ».

Prenons l'exemple de Sainte-Marguerite, où j'ai pu m'immerger, afin de démontrer que le **séjour hospitalier développe une vie en autarcie**.

Cet établissement comprend cinq services de psychiatrie, qui a chacun son médecin coordonnateur et son équipe d'infirmières attitrés.

Il y a quatre services ouverts, et un service fermé, chacun reçoit en général entre 20 et 30 personnes. Le service fermé reçoit les personnes en état de crise, qui sont à surveiller plus particulièrement, car elles risquent de se faire du mal ou d'en faire à autrui.

Chaque unité de soins est distinguée dans l'espace, et porte son propre nom en référence à une constellation, par exemple le service Orion.

Chaque service est composé de bureaux spécifiques pour le médecin et les infirmières. On y trouve également une salle à manger commune, et une salle de détente avec une télévision et des fauteuils.

Les murs sont très colorés, et les portes des chambres sont peintes de couleurs distinctes. De nombreuses fenêtres permettent d'observer les jardins fermés mis à la disposition des malades, où une pelouse et des fleurs ont été plantées.

Selon les services, on peut constater des différences, ainsi dans l'un des plantes vertes vont décorer les lieux communautaires, dans d'autres ce sont des peintures effectuées par les patients qui vont être exposées. Il en est de même pour les activités. Dans l'hôpital, des ateliers, à destination de toutes les unités de soins, ont été mis en place : comme un service ambulancier de bibliothèque, une salle de musculation, des activités sportives, des ateliers artistiques. On constate néanmoins que selon l'équipe médicale, et notamment les infirmières, des services sont plus « actifs » que d'autres : ainsi, dans certaines unités, les patients seront invités à faire de la pâtisserie, des travaux manuels ; tandis que dans d'autres, rien ne sera proposé en plus des activités de bases.

Les nouveaux arrivants sont laissés en pyjama et en chaussons, afin d'indiquer à l'entrant qu'ils ont un statut de malades et que par conséquent, ils doivent accepter les mesures visant à les soigner. De plus, il est plus difficile de fuguer du service en pyjama qu'avec des habits ordinaires.

Les malades sont placés dans une chambre individuelle ou par deux, selon le taux d'occupation du service, et surtout du type de pathologie. Par exemple, une personne suicidaire sera mise avec quelqu'un d'autre afin que les infirmières puissent être appelées rapidement en cas de besoin. Chaque chambre dispose de sa propre salle de bain et de ses toilettes, cela permet au patient d'avoir un peu plus d'intimité. Dans chaque chambre, une fenêtre donne sur le jardin, mais pour la sécurité il est impossible de l'ouvrir.

Les malades ont la possibilité de personnaliser quelque peu leur chambre, en collant des posters aux murs, et en la « décorant » avec des objets personnels (par exemple une statuette de la vierge Marie ou autre).

J'ai pu constater que les contacts avec la vie extérieure de l'hôpital, sont assez restreints.

Bien sûr en secteur ouvert, les visites de l'extérieur sont possibles de 11 heures à 20 heures ; mais encore faut-il qu'il y ait des visiteurs.

D'ailleurs c'est en raison de cet isolement que des **associations de visiteurs** en milieu hospitalier ont vu le jour. A Sainte Marguerite, seules deux associations rendent visites aux malades : la VMEH et la Croix rouge. Il est certain que le nombre de bénévoles est encore insuffisant pour répondre aux besoins. D'autant plus, que les interventions du secteur associatif ne sont pas toujours soutenues par l'équipe de soins : par exemple, dans une unité de soin, le médecin chef a interdit la distribution de goûters dans son service, en raison de sa volonté de s'investir dans une politique de lutte contre l'obésité. Ainsi, la VMEH, ne peut plus intervenir dans ce service, puisque c'est par le biais de la distribution d'un goûter une fois par semaine, qu'elle établit le contact avec les patients.

Sinon, les personnes hospitalisées peuvent être en contact avec la vie extérieure grâce aux médias, mais cela a un coût à prendre en considération. Il est vrai qu'une télévision est mise à disposition gratuitement dans la salle de détente, mais pour environ une vingtaine de patients. Aussi, beaucoup abandonnent l'idée de la regarder, afin d'éviter un éventuel conflit pour le choix du programme. Chaque chambre est également dotée d'une télévision, cependant pour pouvoir l'utiliser il faut payer 5 euros par jour. Cela revient alors assez cher, en sachant que la durée minimum du séjour est d'environ onze jours.⁴

Les patients ont la possibilité de pouvoir écouter la radio, à condition qu'ils aient leur propre poste.

A la vue de tout cela, on peut dire que la personne hospitalisée va vivre quelque peu en retrait de la société, du fait du manque d'interactions avec l'extérieur ; le monde hospitalier est alors vécu comme **un monde à part**, où l'on ne peut qu'avoir une « place de malade ». Ainsi, le patient peut développer des gestes de « survie » liée au milieu hospitalier, par des comportements agressifs ou régressifs, une ritualisation du quotidien, ou une mendicité affective. Dans certains cas, il se désinvestit de son apparence corporelle et des gestes essentiels de la vie quotidienne : toilette, habillement, alimentation... Les infirmières sont alors amenées à doucher cette personne. Une personne sur dix a besoin d'une aide partielle ou totale pour la toilette et une sur cinq d'une aide partielle ou totale pour l'habillement.⁵

4 source : *Psychiatre au quotidien*, de M. Godfryd, éditions PUF, 2005

5 source : Études et Résultats n° 206, Décembre 2002 - François CHAPIREAU, Psychiatre des hôpitaux – site internet de famidac)

Cela n'est pas sans poser des difficultés : cette situation **crée une dépendance, au lieu d'inciter à l'autonomie.**

Ces patients, dont l'image, l'estime de soi et le narcissisme ont été durement touchés par un processus d'échec, de rejet et de souffrances liés à la pathologie psychiatrique, ont besoin d'un projet de réinsertion sociale.

1-4 Le choix des personnes accueillies

L'AFT, comme nous l'avons vu, ne peut concerner que les personnes en hospitalisation libre. Par ailleurs, en général, on ne retrouve que certains types de pathologies stabilisées.

1-4-1 Les pathologies compatibles avec l'AFT

La psychose peut être suivie dans le cadre d'un AFT. Il ne s'agit pas d'une maladie particulière, mais plutôt d'un syndrome qui fait partie d'un groupe de troubles mentaux graves qui entraînent une certaine perte de contact avec la réalité. Voici les maladies que l'on retrouve le plus souvent en AFT, cependant ce n'est pas en fonction de celles-ci que le patient va être orienté vers cette alternative à l'hospitalisation, mais en fonction de la volonté et des capacités du patient :

La schizophrénie :

Il s'agit d'une maladie psychiatrique grave qui frappe 1% des jeunes adultes ; elle se déclare généralement entre 15 et 30 ans. Il existe des troubles liés dits « positifs » : **hallucinations, délires** ; et d'autres dits « négatifs » : **repli sur soi, indifférence aux problèmes quotidiens, isolement social.**

Une vulnérabilité génétique est à l'origine de la maladie, mais elle ne s'exprime qu'une fois sur deux environ, on ne sait pas encore sous l'influence de quels facteurs.

Dans le cadre de cette pathologie, le médecin peut être amené à prescrire des médicaments puissants, qui vont permettre de contrôler les troubles positifs et dans certains cas d'améliorer les symptômes négatifs. Il s'agit de neuroleptiques, qui compensent un dysfonctionnement cérébral, mais qui ne guérissent pas : il faut donc les prendre aussi longtemps que le dysfonctionnement persiste sous peine de graves rechutes. **Les médicaments ne suffisent généralement pas pour assurer la réintégration sociale des personnes schizophrènes, ainsi d'autres thérapies rééducatives sont à mettre en oeuvre.**

La psychose infantile vieillie :

Les symptômes sont les suivants : :

- Une atteinte du langage : tant sur les capacités d'expression, de compréhension, de l'utilisation du langage comme instrument de pensée ou de communication.
- Un repli, un isolement, une indifférence à l'environnement.
- Une atteinte de la motricité : l'aptitude à des gestes fins ou élaborés est diminuée ; la mobilité générale, les mimiques, les mouvements intentionnels sont diminués au profit de mouvements automatiques.
- La mémoire, les capacités de repérage spatio-temporel, la capacité d'acquisition sont très faibles.
- Des crises d'angoisse, phobies, passages à l'acte agressifs (envers lui même ou les autres)
- Des obsessions : pensées obsédantes, un intérêt exclusif pour un secteur, le surinvestissement d'une activité répétée, un lieu préféré, etc.

Dans le cadre de cette pathologie un **encadrement individualisé avec un environnement permettant de stimuler l'image de soi** (art, sport, activités manuelles...) **et la communication avec les autres**, est préconisée. Cependant dans le même temps, il faut veiller à ce que ces stimulations ne soit pas source d'angoisse, d'agitation, et de violence.

1-4-2 Indications et contre indications à l'AFT

Les personnes suivies en AFT présentent en commun une incapacité, momentanée ou durable, liée à leurs troubles psychiques, à gérer seules leur vie quotidienne.

Il est évident que le choix du patient pour un Accueil Familial Thérapeutique est important, il faut qu'il puisse en retirer quelque chose. Ainsi, une personne qui ne pourrait pas participer aux échanges avec son environnement, du fait d'une détérioration de ces facultés mentales (démences) ou de la maladie (certains autismes), ne devrait pas être orientée vers ce type d'accueil. En effet, pour ce type de personnes, l'état de santé nécessite des soins particuliers et la présence permanente de plusieurs professionnels, c'est pourquoi l'AFT n'est pas indiqué. Le patient doit avoir une capacité d'échange et de communication, il doit pouvoir tolérer la création et l'existence de relations entre individus (avec lui et en dehors de lui).

De même, cette alternative à l'hospitalisation ne devrait **pas concerner une personne dont la question familiale est trop délicate**. Pour le patient, sa famille d'origine est toujours présente, qu'elle ait gardé des contacts ou qu'il s'agisse d'une représentation imaginaire. La famille naturelle est associée, quand cela est possible, au projet d'accueil. Elle ne peut pas accueillir elle-même ce parent malade ; soit car elle est aussi en souffrance, soit car les relations entretenues sont difficiles et complexes. Pour cela il est très important, qu'elle soit associée au projet d'accueil. En effet, sa culpabilité de ne pas pouvoir s'en occuper elle-même, est souvent intense, et peut déboucher sur une opposition au projet, à un chantage affectif. En l'intégrant, l'équipe pluridisciplinaire lui montre que l'on a besoin d'elle, qu'elle n'est pas exclue. D'ailleurs, la famille naturelle a un droit de visite dans le lieu d'accueil.

D'autre part, ce soutien familial est également essentiel pour calmer d'éventuels doutes, car la réalisation d'un AFT est attendu généralement par l'intéressé avec des sentiments ambivalents : de la méfiance, de l'anxiété, de l'impatience, et de l'espoir.

En ce qui concerne les patients de l'hôpital Edouard Toulouse, très peu ont des rapports avec leur famille naturelle (11% environ avant des frères et soeurs).

D'autres critères, vont être aussi pris en compte pour que le placement puisse être favorable :

- **L'âge du patient** au moment du placement (plus il est âgé, plus il sera difficile de rendre la situation de placement évolutive)
- **La durée d'hospitalisation antérieure** et la pathologie asilaire ajoutée (dépendance, absence ou perte d'autonomie)

Les personnes souffrant d'addiction (alcool, drogue), et celles ayant un potentiel de dangerosité sont également écartées : une famille d'accueil ne peut pas faire face à cela, ni exercer une surveillance constante. Cependant, dans certains cas, où l'addiction à l'alcool est maîtrisée, le placement est possible.

Si l'état physique est facilement évaluable, il n'en est pas de même pour la santé psychique, car elle peut s'apprécier différemment selon l'environnement de la prise en charge. Ainsi, le malade est placé pour une période d'essai séquentielle (2 jours, puis plus longtemps...etc) dans une famille d'accueil. Tout cela afin de pouvoir le réorienter, s'il se montre trop dépendant dans les actes de la vie quotidienne (pour ne pas épuiser l'accueillant qui doit alors tout seconder), ou s'il ne s'adapte pas au rythme de vie qui lui est offert, ou tout simplement si aucune affinité ne se crée.

1-4-3 Descriptif de l'accueilli

Une moyenne d'âge des accueillis ne peut pas être généralisée puisqu'elle est propre à chaque établissement. Ainsi, à l'hôpital Edouard Toulouse, l'âge tourne autour de **50 ans**, tandis qu'à Valvert, la fourchette est beaucoup plus large puisque **comprise entre 24 et 45 ans.**

Par contre, il est à noter que les patients sont majoritairement **masculins** (environ 72% d'hommes).

A Edouard Toulouse, les malades accueillis ont pour revenus l'**AAH** (Allocation Adulte Handicapé). Après évaluation du handicap par la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées), l'AAH, est versée par la CAF (Caisse d'Allocation Familiale) au bénéficiaire. Elle est financée par l'Etat.

Les patients ne travaillent pas, car ils n'ont pas assez d'autonomie pour exercer un métier, selon Mme B. cadre des soins dans cet établissement. D'ailleurs 100% de ces personnes sont sous mesure de **tutelle**.

Il s'agit d'un dispositif juridique, dont le but est de protéger les personnes vulnérables, **qui sont dans l'impossibilité de pouvoir seules à leurs intérêts**. Ainsi, elles sont représentées, de façon continue, dans les actes de la vie civile (toutes les décisions concernant l'administration et la conservation de son patrimoine).

Par contre à Valvert, les revenus sont variés (**pension de la famille, AAH, ou salaire**), car les personnes sont généralement moins dépendantes, les mesures de tutelle sont souvent isolées. Les plus jeunes ont habituellement un travail ou le projet de soins envisage aussi de faciliter l'insertion dans le monde professionnel. Certains accueillis sont sous curatelle, c'est à dire que la personne protégée effectue seule les actes de la vie civile mais a besoin de l'accord de son curateur pour les actes importants (vente de biens par exemple). D'autres ne sont pas sous protection judiciaire et peuvent jouir de tous les droits civiques.

1-5 L'accueillant

« En poètes de l'ordinaire, les familles d'accueil sont de merveilleux appareils à penser, décoder, contextualiser. Leur être là, leur être avec, exposés sans arrière-pensée et non régulés par un savoir académique, leur bon sens et leur proximité avec des êtres aux souffrances quotidiennes, deviennent de puissants moteurs de changements »⁶

6 citation de Jean-Claude Cébula, psychologue clinicien, ASH n°2295 du 24 janvier 2003

Être accueillant c'est avant tout :

- Être capable de pouvoir offrir un environnement relationnel stable donc sécurisant
- Obtenir l'adhésion de tous : tous les membres de la famille doivent accepter et partager la décision d'accueillir une ou plusieurs personnes
- Partager sa vie de famille, associer la personne accueillie à tout ce qui fait le quotidien ordinaire ou extraordinaire de la famille
- Être disponible, en temps et en esprit : être capable d'attention, d'écoute
- Pouvoir travailler en partenariat avec l'équipe médico-sociale, les intervenants sociaux et/ou paramédicaux.

La difficulté de ce type d'accueil réside surtout dans le fait « *d'être capable de fournir au patient un support affectif chaleureux, tout en sachant, en même temps, respecter et faire respecter des règles et des limites réciproques, pour éviter une intrusion trop envahissante.* »⁷

Il n'est pas évident de vivre avec quelqu'un souffrant d'une maladie mentale. En effet, l'accueil n'est possible que si la famille d'accueil peut penser à la personne accueillie sans crainte ; et si la souffrance ou ses attitudes peuvent être « comprises ». Dans ce sens on peut avancer le fait qu'il n'y a pas de « fou » en famille d'accueil, mais des « malheureux » qui ont eu un parcours de vie difficile. Ce n'est qu'en partant des pensées de l'accueillis, remplies d'angoisses et de chaos, que l'accueillant familial va pouvoir construire un monde organisé et rassurant.

La question des **motivations qui poussent à devenir une famille d'accueil thérapeutique** se pose alors. D'après Mme R. de l'hôpital Valvert, il est évident que gagner de l'argent en restant à la maison est une motivation, mais ce n'est pas la seule. Elle vient en complémentarité avec une philosophie de vie qui valorise l'entraide. Les accueillants apprécient les échanges, le partage, la solidarité avec des personnes en difficulté. Cela, leur donne un sentiment d'utilité envers autrui.

⁷ source : *L'accueil familial des adultes*, de J.C Cébula, éditions Dunod, 1999

Les types de motivation sont plus nuancés , d'après les accueillants. En effet, il est vrai que 5 personnes interrogées sur 11 s'accordent à dire que c'est avant tout un métier qui va leur permettre de pouvoir rester à leur domicile pour élever leurs enfants, profiter de leur lieu de vie. Pourtant, il a y d'autres raisons pour le choix de ce travail qui sont évoquées : comme le fait de se sentir seule dans une grande maison après le départ des enfants, ou la difficulté à retrouver du travail après une phase de chômage, ou tout simplement le besoin d'un apport financier supplémentaire. Certains ont découvert le métier en cotoyant des amis accueillants, d'autres par le biais de petites annonces dans les journaux pour « recruter » ; et après une réflexion en famille, leur choix a été de tenter l'aventure. Quoi qu'il en soit, il est certain que chaque accueillant a ressenti le besoin d'aider autrui, de se sentir utile pour la société, sans doute grâce à un parcours de vie pas toujours facile, et /ou des valeurs morales tournées vers l'entraide et le partage.

D'ailleurs, à la question « qu'est-ce que cela vous apporte d'être accueillant ? », tous répondent que ce métier est gratifiant, valorisant ; que cela leur procure de la satisfaction, quand le malade fait des progrès, met à jour de nouvelles compétences. Comme le dit si bien Mme A. , accueillante depuis deux ans :

« C'est en voyant à quel point un être peut souffrir dans sa détresse psychique, puis s'en sortir qu'on a envie d'exercer ce métier. Apporter à quelqu'un d'étranger son soutien, lui ouvrir sa maison, c'est enrichissant et réconfortant à la fois. Pour aider quelqu'un qui n'a pas la force de lutter seul, il ne faut pas hésiter. »

De plus, grâce à l'AFT de nouveaux hobbies peuvent naître, comme pour deux personnes interrogées, qui sont maintenant passionnées par la psychologie, la psychiatrie et les maladies mentales.

Par la suite, le **type de relation établie entre accueilli et accueillant**, va dépendre de chaque personnalité. On peut en dégager plusieurs typologies, d'après les témoignages recueillis. La **relation amicale respectueuse** est la plus souvent utilisée (7/11 ; voir en annexe), ici l'utilisation du vouvoiement permet d'instaurer une distance, un cadre bien délimité. La **relation parent / enfant** a aussi pu être dégagée, ici les liens créés sont beaucoup plus dans l'affectif. Enfin, il existe aussi la **relation d'égal à égal**, le tutoiement est utilisé, on est dans ce cas dans l'optique « ne te permet pas de faire ce que l'autre ne ferait pas ». Dans

ces trois cas de figure, les maître-mots restent de toutes façons : confiance, fermeté, gentillesse, écoute.

1-6 L'équipe pluridisciplinaire et le suivi du malade

L'AFT n'a **aucun critère de durée de séjour pré-définie**, c'est un outil de travail très souple qui s'adapte aux besoins de chaque patient, déterminés dans le projet de soins. Des séjours de courte durée ou sur du plus long terme sont donc envisageables ; de même que des séjours à temps plein ou partiel, voir séquentiels.

Par contre, le suivi du malade par une équipe pluridisciplinaire est obligatoire, quelque soit la durée, ou le type de séjour.

Ces interventions sont engagées beaucoup plus sur la famille d'accueil que sur le patient, car une intervention trop directe aurait pour incidence de disqualifier implicitement les actions de la famille. C'est pourquoi, lors du suivi, un soutien est apporté à l'accueillant, ce qui n'empêche pas de remettre en question en délicatesse son savoir-faire si besoin est. C'est aux familles d'accueil que revient la plus grande part du mérite des réussites : c'est en s'adaptant aux règles familiales (ou non), et non l'inverse, que le patient évolue dans ce lieu d'accueil.

L'équipe d'encadrement doit donc prendre en compte le fonctionnement familial.

Elle est en quelque sorte le médiateur entre ces deux autres partenaires. Elle empêche la confusion des rôles, aplanit les conflits, en analyse le sens, évite qu'il y ait des conséquences négatives sur les difficultés du patient. Elle veille également à encourager la dynamique de l'accueil. Il s'agit à la fois d'un **rôle de soutien et de contrôle**.

La qualité de l'accueil familial va dépendre de l'alchimie d'une rencontre entre une famille et un accueilli, c'est pourquoi une préparation et un accompagnement par des intervenants sont nécessaires.

Pour cela, l'équipe d'encadrement est chargée également de préserver la famille d'accueil, qui ne doit pas être déstabilisée ; et parallèlement elle est attentivement au devenir du patient. Ainsi elle aide la famille à penser les symptômes du malade, c'est à dire à leur donner un sens dans le contexte familial.

Elle favorise l'intervention possible d'autres partenaires, comme par exemple le tuteur (dans certains cas), en délimitant avec eux comment aider le malade à exprimer ses demandes et à le rendre plus autonome.

2 - Intérêts et limites de l'Accueil Familial Thérapeutique

2-1 Les différents éléments de réinsertion sociale en jeu dans l'AFT

2-1-1 La représentation du fou dans la société

Historiquement, au Moyen-Âge, les fous avaient une place dans la société, ainsi ils pouvaient subvenir à leurs besoins : à une certaine époque le roi n'avait-il pas « son » fou ? Bien sûr, il s'agissait là du fou dont les frasques faisaient rire le roi. En même temps, dans la société, loin des yeux du roi, dans un contexte religieux très prégnant, une personne atteinte de folie était forcément possédée par le diable, donc enfermée ou brûlée sur le bûcher.

Plus tard, avec l'avènement du « Grand Enfermement »⁵, vers le milieu du XVIIème siècle, l'exclusion des marginaux ne pouvant pas répondre aux critères de productivité liée au travail, tels que les fous, se met en place. Les préjugés sont très présents : les fous font peur, sont dangereux... L'asile est alors un lieu de ségrégation, qui permet que la folie soit contenue en dehors de la société.

L'hôpital psychiatrique par la suite, va maintenir une vie en autarcie des malades.

Ce n'est que vers les années 70, que des réflexions vont naître afin de rompre avec cet isolement, ce qui va conduire à la création du système dit de psychiatrie par secteur, avec des services dotés de beaucoup moins de lits, mais de davantage de structures alternatives à l'hospitalisation.

Ce passé sulfureux a laissé quelques traces, car vraisemblablement folie, maladie mentale, criminalité et dangerosité, sont plus ou moins mêlés dans l'esprit de la population. D'ailleurs, les médias ont aussi contribué à véhiculer cette image, par exemple notamment par la diffusion de feuilletons ou de films de fiction, où le tueur est « fou ». Pourtant, les malades mentaux ne présentent pas plus de criminalité que la population générale.

Cependant, en raison d'une évolution de la prise en charge des malades mentaux, et peut-être d'une meilleure connaissance des maladies, une étude, menée à Paris en 1980, montre une

5 Selon la formule employée par Foucault

modification de l'image de la folie. 75% des personnes interrogées sont d'avis que la plupart des personnes atteintes de maladie mentale ne sont pas dangereuses. Toutefois, les acteurs et les partenaires de santé mentale évoquent la notion de **résistance dans la communauté à la présence des patients dans leur environnement immédiat.**

Ainsi, en plus d'un repli sur soi de la personne atteinte mentalement du fait de sa pathologie, une mise à l'écart de la société s'opère : c'est une double exclusion. Ainsi, pour contrer cela une réhabilitation psychosociale est nécessaire.

2-1-2 La réhabilitation psychosociale

Ce n'est que récemment que la psychiatrie française s'est rendue compte des limites de la médication et de la psychothérapie. Même si des progrès enregistrés ont permis de percevoir des améliorations ou guérisons cliniques, le problème de l'insertion sociale restait présent dans la plupart des cas. Pour cela, a été développé la réhabilitation psychosociale, qui est **un ensemble associant des soins médicaux et psychologiques, ainsi que des mesures sociales.**

Elle vise une meilleure réinsertion du malade mental, c'est à dire sa réintroduction dans la société ou dans un groupe. L'axe social ne saurait se dispenser du soin, mais le soin non accompagné par une démarche de réinsertion trouverait vite ses limites. Les agents sociaux et soignants poursuivent le même objectif, mais opèrent différemment en fonction de leurs compétences : leur stratégie est complémentaire. D'autant plus que l'engagement dans un processus de réhabilitation psychosociale de ces acteurs, n'est pas consécutif mais simultané. Dissocier même provisoirement les deux démarches de soins et de réinsertion risquent de conduire à des impasses.

Dans ce cadre, les interventions se situent sur trois plans :

- **la vie sociale du patient** : nécessité de construction d'une identité personnelle, d'une intégration à un réseau relationnel, de l'acquisition d'un « pouvoir social » minimum, de la conviction de pouvoir évoluer graduellement

- **l'aide psychique** : l'exigence pour les équipes de penser à aller au devant des soins (prévention de la rechute), et d'assurer une réponse rapide aux crises par une permanence de l'accès aux soins
- **la vie quotidienne du malade** : accès à une aisance matérielle minimum (hébergement, alimentation, argent), l'apprentissage des actes de la vie quotidienne

Ces trois plans doivent permettre de satisfaire des besoins élémentaires, tels que ceux évoqués par le psychologue **Abraham Maslow**, dans les années quarante, dans une théorie élaborée sur la motivation.

Les différents types de besoins dégagés :

- Les **besoins physiologiques** (de maintien de la vie) : respiration, alimentation, élimination, maintien de la température, repos et sommeil, activité musculaire et neurologique
- Les **besoins de sécurité** : logement, revenus et ressources, stabilité familiale ou affective, sécurité physique (contre la violence, la maladie...) morale et psychologique (faire confiance)
- Les **besoins d'appartenance et d'amour** : réseau de communication satisfaisant, appartenance à un groupe, recevoir et donner de l'affection
- Les **besoins d'estime de soi et d'autrui** : sentiment d'être utile et d'avoir de la valeur (point de départ de l'acceptation de soi et du développement de l'indépendance), respect de soi et d'autrui
- Le **besoin de se réaliser** : accroître ses connaissances, développer ses valeurs, créativité, goût de l'effort

L'organisation des besoins prioritaires varie d'une personne à l'autre, encore plus si elle est malade mentalement. Par exemple, une jeune fille souffrant d'anorexie mentale, n'a pas pour besoin prioritaire de s'alimenter, mais plutôt d'être estimée, pour cela elle se prive de nourriture pour modeler son corps selon les stéréotypes de « beauté » actuels. Ainsi, grâce au projet de soins personnalisés, cela est pris en compte par les professionnels, afin qu'il soit efficace.

L'AFT, utilisé dans un processus de réhabilitation psychosociale, donne la possibilité de réaliser beaucoup de ces besoins, puisque le malade peut manger à sa faim, se reposer, il a accès à un logement décent, les membres du foyer assurent en principe un lien social, voire affectif stable. La participation aux activités quotidiennes de l'usager, permet de lui donner un sentiment de se sentir utile. Il appartient au groupe familial. De plus, la personne accueillie a l'opportunité d'accroître ses connaissances, en général, elle a accès à la télévision, à des livres, et peut échanger ses points de vues avec les autres membres du foyer.

D'ailleurs, la parole est importante car elle construit l'humain à titre individuel, sa culture et les contours de sa vie. La parole nécessite toujours une autre personne pour exister. En milieu hospitalier, en raison d'une pénurie de personnel, il est souvent difficile d'accorder un temps d'échange quotidien avec chaque patient, ce qui n'est pas le cas en famille d'accueil. C'est en entendant la parole de l'autre, surtout quand elle est répétée, qu'une importance lui est accordée, que les représentations psychiques s'élaborent. La parole est différente du langage.

« Si le langage maîtrise le monde naturel des objets et de la matière, " la parole se réapproprie le monde naturel pour le transformer en une autre réalité propre à l'humain" écrivait Georges Gusdorf. »⁶

Pour guérir d'une souffrance psychique, il faut apprendre à vivre avec soi-même, à vivre différemment sa réalité d'aujourd'hui. Pour exister et être entendu, le psychique nécessite celui d'un autre, mais l'échange à deux n'est pas suffisant, un nombre plus important d'interactions est nécessaire. Ainsi dans le cadre de l'AFT, la communication avec les différents membres du

⁶ Source : *Le goût de vivre, retrouver la parole perdue*, par Édouard Zarifian, éditions Odile Jacob, 2005

foyer (accueillant, sa famille, autres malades accueillis si c'est le cas, équipe pluridisciplinaire...) est importante.

2- 1-3 Le phénomène de résilience et la création de lien social

La résilience est un phénomène qui **implique qu'une personne psychologiquement blessée, rassemble ses capacités, ses compétences, ses ressources afin de surmonter, d'évoluer favorablement dans son existence, en surpassant la souffrance occasionnée par les expériences.** La phrase célèbre de Nietzsche résume cela en quelques mots : « Ce qui ne tue pas rend plus fort ».

Le mot résilience vient du latin et signifie « ressauter », il est passé dans le domaine de la psychologie dans les années 60, avec **Emmy Werner**. Cette psychologue américaine a étudié à Hawaï, le développement d'enfants défavorisés pendant 30 ans : au terme de ces années, 70% des individus ont réussi à s'adapter et rebondir en fondant un foyer et en trouvant un métier.

En France, c'est le neuropsychiatre et ethnologue, **Boris Cyrulnik**, qui développe le concept de résilience, en partant d'observations des survivants des camps de concentration, puis de différents groupes d'individus (orphelins...).

La résilience est le résultat de processus dynamiques tels que :

- Dans un premier temps, le résilient entre dans une phase d'**émotivité**, liée à l'évènement (choc, colère, tristesse, culpabilité...).
- Ensuite, intervient une phase d'**adaptation**, où l'individu rassemble ses ressources, reprend confiance en lui.
- Enfin, la phase de **création** permet le réinvestissement des énergies dans de nouveaux projets, la reconstruction en redonnant un sens à sa vie.

Cependant, ce n'est que dans l'interaction avec un milieu où une dynamique propice au développement est mise en place, que ce processus peut intervenir.

« Le résilient est contraint non pas à guérir, mais à faire quelque chose de sa blessure. Mais seul, sans un événement, une rencontre pour rebondir, ne peut rien accomplir. »⁷

La résilience est rendue possible grâce à la réflexion et la parole.

Les facteurs favorables à cela sont : l'organisation en réseau avec un respect des rôles clairement définis de chacun ; et la capacité à trouver ensemble des alternatives aux représentations qui tendent à figer le monde (c'est à dire voir d'autres perspectives).

Lorsque le milieu familial de naissance est défaillant, l'accueil familial permet de mettre en place le phénomène de résilience.

Dès que l'on évoque la famille (naturelle ou de substitution), on fait référence à deux types de liens. **Le lien institutionnel** confère une place, un statut, une reconnaissance ; ce qui est garant de stabilité, de sécurité, et de solidarité. **Le lien privé** est lui basé sur l'affection, il confère à la relation une haute importance et contribue à l'épanouissement de la personnalité.

Le fonctionnement familial est basé sur des règles, qui permettent de se situer, d'assumer sa position par rapport aux autres membres de la famille, voire de la société. Ainsi, la famille transmet les valeurs sociales. Donc, s'opère une médiation entre le petit groupe familial substitutif et les plus grands groupes qui forment la société.

Selon Freud, la construction du lien passe par un **processus d'identification**, par répétition (ou révolte) face au modèle, qui est ici la famille d'accueil ; il s'agit de la **socialisation**. Ce terme désigne l'ensemble des mécanismes par lesquels l'individu intériorise les normes et valeurs de son groupe d'appartenance et construit son identité sociale. Dans le cas du malade mental, il s'agit de réapprendre à vivre en société, par l'apprentissage et l'adaptation au rythme de vie et aux règles en vigueur au sein du foyer d'accueil. Par exemple, la notion de certaines valeurs est réactivée : comme le respect des horaires, la bonne hygiène corporelle et alimentaire...

Les liens ne sont jamais vraiment acquis, ils sont à entretenir, et à renouveler, ce qui est une difficulté importante en cas de maladie mentale ; d'où la nécessité d'essayer d'établir cela dans un premier temps avec un petit groupe de personnes.

La socialisation se fait par rapport aux autres, à l'environnement. Chaque groupe social a ses significations culturelles propres ; ces significations sont d'origine collective et correspondent

⁷ Citation de Boris Cyrulnik, tirée d'une interview sur le site www.apel.asso.fr

à une logique partagée. De plus elles se transmettent et sont considérées comme un patrimoine. L'individu incorpore des manières de faire, d'agir, de penser, de sentir, c'est le phénomène « **d'enculturation** ». Ce qui est facilité en début d'accueil familial, puisqu'il s'agit d'une phase de « lune de miel », c'est à dire que chacun fait des efforts pour connaître l'autre, en se montrant sous son meilleur jour.

Chaque individu a une vision, une conception personnelle de la réalité dont il fait partie. Cette conception est construite à partir des processus cognitifs (mémoire, sensations, langage, raisonnement...), et sociaux. Une personne, ses émotions, ses pensées et son comportement sont grandement influencés par les personnes qui l'entourent.

2-1-4 Accueil Familial Thérapeutique et théories psychologiques

L'Accueil Familial Thérapeutique amène à considérer deux approches psychologiques, souvent exposées comme contraires : la systémique et la psychanalyse.

La systémique , qui est un courant de pensées et de recherche, a débuté en 1950, en Californie, à l'école Palo-Alto. La systémique utilisée en thérapie, est une **approche de la maladie mentale, qui n'est pas entendue comme un trouble d'un individu isolé, mais comme un dysfonctionnement de la relation et de la communication**. Le monde est vu ici comme un ensemble dont les parties s'influencent les unes aux autres. Selon les systémiciens, il n'y a pas de fou mais des relations folles. La maladie mentale est envisagée comme un mode d'adaptation à une structure des relations sociales défaillantes. Ainsi, elle consiste en une approche globale d'un problème vécu par une personne, considérant que celle-ci vit dans un environnement interagissant. Les domaines de psychosociologie abordés sont notamment : la communication, la relation à l'autorité, la proxémique, qui est la distance observée entre les individus en fonction de leur degré d'intimité.

Parallèlement, la psychanalyse intervient sur la réalité « interne » du patient qui fait référence à un traumatisme psychologique vécu précédemment. Tandis que la systémique conçoit les règles des fonctionnement du système du malade dans sa globalité « externe » dans le présent,

cherchant à repérer les dysfonctionnements. Il ne faut cependant pas perdre de vue que la frontière entre ces deux mondes, aussi réels l'un que l'autre, reste difficile à tracer.

Dans le projet de soins, l'Accueil Familial Thérapeutique va permettre de mettre en place un système relationnel, entre le malade et les accueillants ; de nouvelles règles vont être établies. Puisque l'environnement et les relations sociales agissent sur la difficulté de création de lien ; alors, **il est évident que l'immersion dans un foyer d'accueil, où le développement de la communication dans un milieu sécurisant est mis en avant, puisse avoir un impact positif sur l'évolution du patient dans sa pathologie.** D'autant plus que le rapport à établir est défini : l'accueillant n'est pas là pour remplacer la famille d'origine ; il a un rôle de soutien psychologique, il garantit la présence d'une personne « responsable » sur laquelle on peut s'appuyer. Il est aussi stimulateur : par l'incitation à la participation aux activités de la vie quotidienne. D'ailleurs les tâches qui incombent au patient au jour le jour sont clairement explicitées dans le projet de soins ; afin qu'il abandonne des gestes de survie liés au milieu hospitalier : comportement agressif ou régressif, ritualisation du quotidien, mendicité affective. Ainsi, il réinvestit son apparence corporelle et des gestes essentiels de la vie quotidienne : toilette, habillement, alimentation, loisirs...

Il y a également un abandon du statut de malade pour celui d'invité, d'accueilli, qui est membre du réseau d'échanges et d'interactions, ce qui favorise la réintégration du patient dans le tissu social.

L'AFT (accueil familial thérapeutique) permet la **réinscription progressive du patient dans un réseau d'échange, dont la famille est la tête de réseau.**

En cas, d'un dysfonctionnement dans le système familial substitutif (difficulté de communication), l'équipe médico psychologique peut intervenir rapidement, pour réamorcer une dynamique, en essayant de comprendre ce qui cause soucis.

« La famille est à ses membres ce qu'un navire spatial est à son équipage. Le fonctionnement souple du système entier est nécessaire pour que les participants puissent se réaliser de façon optimale sur les plans psychiques, biologiques et sociaux. »⁸

8 Source : *Familles et thérapeutes, lecture systémique d'une interaction*, de Philippe Caillé, 2006

Le système familial fonctionne entre autre, grâce une division en sous-systèmes. Ils sont formés en fonction de la génération (ou intergénération), le sexe, les intérêts et les rôles : par exemple entre l'accueilli et l'assistante familiale, entre le patient et le mari ou l'enfant du foyer (s'il y en a un), entre le couple d'accueillants. Chaque sous-système ne doit pas empêcher le développement d'un autre, chacun d'eux assurent des fonctions spécifiques permettant d'acquérir des compétences personnelles relationnelles. Pour ce faire, les établissements hospitaliers recruteurs de famille d'accueil veillent bien à ce qu'une personne de chaque sexe soit présente au sein du foyer.

2-2 Les limites de l'Accueil Familial Thérapeutique

2-2-1 Les débouchés de l'AFT

Au vu des explications précédentes, on s'attend à ce que l'AFT soit une étape très efficace, pour permettre au malade de vivre, par la suite, de façon autonome dans un logement personnel. Même si on peut relever quelques expériences similaires, ce n'est pas le seul « débouché » observé. D'après les entretiens effectués, sur 31 personnes accueillies, il y a (voir en annexe) :

- Une réorientation vers *une autre famille d'accueil* (pour **6, 5%**), soit car cela ne fonctionne pas avec cette famille, soit parce qu'il y a un placement en accueil familial social
- Un *retour dans la famille naturelle* (**9, 6%**), avec ou sans alternance avec l'hôpital de jour
- Une *réhospitalisation* en psychiatrie (**12, 9%**)
- Une intégration d'un *appartement* en autonomie (**16, 1%**)
- Une entrée en *maison de retraite* (**19, 4%**)
- Un emménagement en *foyer* de vie (**29%**)

Bien sûr, le choix d'une de ces opportunités est propre à chaque patient, il dépend de ses capacités, de son souhait et de son bien-être. Cependant, on ne peut s'empêcher de remarquer que les deux solutions « post-AFT » les plus courantes ne correspondent pas forcément à ce que l'on aurait attendu.

En effet, tout comme l'hospitalisation, l'orientation en foyer ou en maison de retraite suscite le développement d'une vie dans un « monde à part ».

Le foyer de vie est destiné aux adultes handicapés qui disposent d'une certaine autonomie, sans être aptes à exercer un travail, même en milieu protégé. Il assure l'hébergement, l'animation et un suivi paramédical.

En foyer de vie, il est vrai que tout est fait pour stimuler les personnes, afin qu'elles entretiennent leur potentiel, en se livrant à des activités de détente et de développement personnel. Pourtant, les personnes vivant dans ces foyers côtoient 24H/24, 7jours/7 des personnes handicapées, les contacts avec l'extérieur sont assez restreints. On peut compter les visites de famille dans certains cas ; ainsi que les échanges avec le personnel médico-social, qui est présent dans un but professionnel, et qui n'est pas assez nombreux pour accorder beaucoup de temps à chaque pensionnaire.

Il s'agit également d'une vie en « autarcie », d'une certaine façon, dans les maisons de retraite, puisque que les mélanges intergénérationnels sont rares.

2-2-2 Les limites au point de vue institutionnel

La répartition des solutions de « l'après AFT » peut en partie s'expliquer par le fait que ce type d'accueil n'est parfois pas employé dans le cadre de sa vocation initiale. Il arrive qu'il soit utilisé comme voie de recours à long terme pour des patients chronicisés, ayant un long passé institutionnel, faute d'autre solution. Ainsi les interventions des soignants n'auraient pas d'autre objet que de **maintenir la pérennité de l'accueil.**

L'AFT permet alors de **conserver un certain nombre de lits en hôpital psychiatrique, et des financements**. La Sécurité Sociale économise en moyenne 135 € à 200 € par jour lorsqu'un patient passe d'une hospitalisation à temps complet à un AFT.⁹

D'ailleurs, Mme B. de l'hôpital Édouard Toulouse a déclaré qu'aucune des personnes placées ne pourra vivre de façon autonome dans un appartement indépendant, en raison d'angoisses qui leur semblent insurmontables. Elles sont en général orientées à 60 ans vers les maisons de retraite, les foyers pour handicapés ou sont réhospitalisées. Cependant, cet accueil va permettre d'apporter une chaleur familiale, un cadre, un lien affectif ; ce qui est tout de même plus agréable pour le malade que la vie en milieu hospitalier.

Ce qui remet en question le clivage entre l'accueil social et thérapeutique d'adultes : il est parfois difficile de distinguer les trois types de populations qui en sont bénéficiaires. En effet, les personnes handicapées ou âgées peuvent souffrir de troubles psychiques. De même, un malade mental est amené à vieillir.

Ici, à titre d'exemple, il est intéressant d'évoquer le cas de Mme T. accueillante familiale thérapeutique depuis 12 ans. Elle a accueilli une dame âgée de 54 ans, malade mentale, pendant 8 ans. A la suite de cela, dans le cadre du projet thérapeutique, la meilleure alternative, en accord avec les besoins, les potentialités et la volonté de la patiente, a été le choix d'un accueil familial social. Pendant toutes ces années des liens affectifs ont été créés entre l'accueillante et l'accueilli, d'où un désir de transformer cet AFT en accueil social au sein de ce foyer. Cependant, dans ce cas la famille d'accueil perd son identité de collaboratrice d'un projet de soins, donc son statut d'employée de l'établissement hospitalier ; puisque le projet thérapeutique n'aurait pas été respecté dans ce cas. Aussi, Mme T. a dû se résigner à la « laisser partir », malgré tout le travail fourni pour mettre en place au fil des mois une certaine stabilité et un cadre sécurisant.

2-2-3 Les limites au point de vue psychologique et relationnel

La variabilité des « débouchés » de l'AFT, peut aussi s'expliquer par le fait que ce type de réhabilitation, amène à des résultats qui ne sont pas garantis. Ce ne sont pas que les rapports entre la famille d'accueil et l'accueilli qui vont déterminer la réussite de l'accueil, il faut tenir compte également du rythme de vie et des règles établies au sein du foyer. Telle

⁹ Source : site de Famidac (voir bibliographie)

famille aura des effets bénéfiques sur tel patient, alors que telle autre non, et inversement : puisqu'il s'agit de relations humaines cela est impossible à évaluer à l'avance. Encore, pour certains malades, ce type d'accueil ne va avoir aucun effet. Également, certaines expériences ont montré qu'il était possible de « déchroniciser » certains malades jugés jusque-là irrécupérables. **Il est impossible d'évaluer à l'avance quel impact pourra avoir l'AFT.**

Ce qui n'est pas sans poser quelques difficultés, puisque d'une part l'accueillant puise une certaine satisfaction en cas de mise à jour de nouvelles potentialités du malade, et que d'autre part **en situation d'échec, il se sent frustré, démoralisé**. Tout comme pour des patients âgés et/ou n'ayant pas de projet réel de réinsertion, une routine s'installe sans la satisfaction d'un quelconque progrès.

Cela peut amener parfois à des situations difficiles, comme en témoigne Mme A. qui reçoit une dame de 58 ans qui n'a pas de projet d'autonomisation : celle-ci refuse de partager des activités avec la famille, et préfère mener sa vie de son côté. Les seuls moments partagés sont ceux des repas, et le contact est devenu difficile.

De plus, au quotidien le rythme de vie doit être adapté à l'âge et la pathologie du pensionnaire. Cela peut faire de ce métier une **activité usante, épuisante**, quand il s'agit d'effectuer une surveillance constante, ce qui est le cas à chaque nouvel accueil puisque l'arrivant est encore inconnu, donc ses réactions ne peuvent pas encore être « anticipées » (en supposant que cela est possible).

Ainsi, survient le risque que la famille tombe dans le piège de l'éducatif, qui peut mettre le patient en difficulté, en surestimant ou sous-estimant ses possibilités. Le cadre est trop étroit, les règles trop strictes pour autoriser les aménagements nécessaires aux fluctuations psychiques du malade, dans ce cas là l'équipe pluridisciplinaire peut être amené à intervenir par la dialogue.

Egalement, en général , dès l'arrivée du patient, il va s'en suivre un long travail sur le réapprentissage de l'hygiène ; puisqu'en général à cause d'une perte d'estime de soi due à la pathologie, il va se désinvestir dans le fait de faire sa toilette quotidienne. .

L'accueillant, n'ayant pas de formation spécifique concernant la pathologie mentale, peut être décontenancé par certaines attitudes et comportements atypiques. Ce n'est que par la pratique, et par la connaissance de la personne, que s'acquiert une façon de réagir adéquate à la

situation ; bien sûr l'équipe pluridisciplinaire se tient à disposition pour répondre et aider face aux questionnements possibles. Là se pose la question de la formation des accueillants qui est quasi-inexistante, elle dépend de l'établissement hospitalier, ce qui crée des disparités entre les structures. Par exemple, en comparant à l'hôpital Edouard Toulouse et Valvert, ce qui a été mis en place, non pas avec une vocation formatrice, mais à titre d'aide pour gérer les difficultés quotidiennes, on constate des fréquences et des méthodes d'interventions distinctes. Respectivement, on retrouve l'organisation d'une journée annuelle sur un thème choisi avec les familles d'accueil ; et la mise en place d'un groupe de paroles mensuel pour les accueillants.

Il peut aussi arriver également que la personne accueillie se montre jalouse des enfants ou des autres pensionnaires, ce qui rend alors les relations difficiles, il faudra alors beaucoup de patience pour pouvoir lui faire comprendre que ce sentiment n'a pas lieu d'être ; sinon le cas échéant elle peut être réorientée (retour en hôpital, autre famille d'accueil sans enfants...).

Toutes ces difficultés au quotidien, peuvent rebuter certaines personnes à exercer ce type d'accueil, ce qui freine le développement de l'AFT ; ce qui est accentué par le fait que la rémunération est perçue comme dérisoire comparée au travail effectué.

2-2-4 Les limites économiques

Il est important de soulever ici un paradoxe. D'une part, la famille accueillante s'engage, par le biais du projet thérapeutique, à faire tout son possible pour que le patient acquiert une autonomie, lui permettant ainsi de pouvoir vivre, par la suite, sans son intermédiaire. D'autre part, le départ de cette personne est corrélé à une perte de rémunération, ainsi il est difficile de participer à ce projet d'accueil qui vise le départ de l'accueilli, sans quelques petites résistances. En effet, en cas de suspension provisoire de l'activité d'accueil, sans rupture du contrat de travail, l'accueillant familial n'est pratiquement pas indemnisé : dans la majorité des établissements, les montants versés sont faibles (d'une à deux heures de S.M.I.C. par jour) et de courte durée (d'un à trois mois).

Par ailleurs, il n'est pas toujours possible à l'équipe pluridisciplinaire, de reposer l'accueil d'un autre patient rapidement à l'accueillant qui se retrouve sans activité. D'autant plus qu'il

est indispensable de tenir compte de la compatibilité de la famille d'accueil avec la personne à accueillir : le profil et les attentes des uns et des autres doivent correspondre.

Cependant, il est possible à l'accueillant de percevoir l'A.R.E (Allocation de Retour à l'Emploi) de l'assurance chômage, sans rupture de contrat, dans le cadre du chômage partiel total. L'hôpital doit alors remplir une attestation de chômage en précisant le motif (aucun patient à proposer dans l'immédiat). Les accueillants qui prennent en charge deux patients, et n'en accueillent plus qu'un seul suite à l'interruption d'une des prises en charge, peuvent également percevoir les indemnités chômage dans le cadre de l'allocation d'aide au retour à l'emploi. Le cumul d'une activité et de l'allocation chômage est en effet rendu possible. L'activité conservée ne doit pas excéder 136 heures par mois et 70% des rémunérations brutes mensuelles perçues avant la perte de l'emploi. La perception de ce chômage a aussi ses limites, dues notamment au faible taux du salaire de référence dans un certain nombre d'établissements.

Du point de vue du patient, un autre problème, en rapport avec ses revenus propres, peut être souligné. Le statut du malade en AFT étant celui de personne hospitalisée, bien qu'elle vive hors de l'hôpital, entraîne une dépendance envers l'établissement hospitalier. En général ses revenus (AAH notamment), qui dépendent de leur statut, sont insuffisants pour lui permettre de préparer une réinsertion ; d'autant plus qu'elle doit verser un forfait journalier. Elle dépend financièrement de l'hôpital pour des actes importants de la vie courante : vêtements, déplacements, achats de médicaments, loisirs...Cela est critiqué par certains établissements hospitaliers, car cette réglementation ne reconnaît pas l'AFT comme une véritable alternative à l'hospitalisation complète. Cette non-reconnaissance de l'AFT comme alternative à part entière, non seulement ne correspond pas à la réalité du terrain, mais de surcroît, ainsi que le soulignent de nombreux établissements, va à l'encontre de la recherche d'autonomisation du patient.

Conclusion

Pour conclure, l'Accueil Familial Thérapeutique est une solution intéressante pour les malades mentaux en rupture familiale, ou dont les proches ne peuvent pas assumer les effets de la pathologie.

En effet, cette alternative à l'hospitalisation ne se limite pas simplement à sortir de l'hôpital, elle permet aussi de se débarrasser du statut de malade, pour celui « d'invité », tout en conservant la continuité du soin.

La personne souffrant de maladie mentale va ainsi se réinvestir des actes de la vie quotidienne, retisser du lien social.

Pourtant, l'AFT dans la plupart des cas ne permet pas une réinsertion dans la société, en logement individuel autonome ; puisque les deux principaux débouchés sont la maison de retraite et le foyer de vie.

D'ailleurs afin d'améliorer ce dispositif d'accueil en levant les obstacles qui freinent son développement, les professionnels de santé et les accueillants réfléchissent à une réforme.*

Cette réflexion porte essentiellement sur trois axes : **le statut du patient, de l'accueillant, la formation.**

Le statut du patient demeurant sous le régime de l'hospitalisation complète, ne permet pas de reconnaître ce mode d'accueil comme une réelle alternative au séjour hospitalier. Ce type de réforme aurait pour conséquences la suppression de l'abattement de l'AAH et du versement du forfait journalier. De plus, cela faciliterait la mise en place d'autres formes de prise en charge à temps partiel, dans le cadre de l'AFT, en cas de besoins.

L'absence de statut pour les accueillants familiaux pour adultes est également dénoncé, notamment concernant l'insuffisance de rémunération et son interruption tout en partie lorsque le patient s'absente.

Cette volonté de professionnalisation implique aussi une réflexion sur la formation des accueillants, qui ne consisterait pas à théoriser mais à donner un sens aux situations dont l'expérience a été faite sur le terrain.

Bien sûr même avec la possibilité de la mise en place d'une telle réforme, une question reste en suspend : ces mesures vont-elles favoriser une meilleure insertion des patients dans la société ?

* Sources : enquête du Groupement Européen pour le Placement en Famille d'Accueil et de l'Association des Etablissements gérant les secteurs de Santé Mentale sur l'impact de l'AFT dans les établissements de santé publique (sur le site de : www.famidac.net) ; et *L'accueil familial des adultes*, J.C Cébula, , éditions Dunod, 1999

Bibliographie

▣ **Ouvrages :**

- P. Caillé, *Familles et thérapeutes, lecture systémique d'une interaction*, , ESF éditeur, 2006, 189 pages
- J.C Cébula, *L'accueil familial des adultes*, , éditions Dunod, 1999, 154 pages
- J.C Cébula, *Guide de l'accueil familial*, éditions Dunod, 2000, 453 pages
- M. Delage (dir.), *Lien familial, lien social*, aux Presses Universitaires de Grenoble, 2003, 220 pages
- J.F Dortier (dir.), *Le dictionnaire des Sciences Humaines*, , éditions Sciences Humaines, 2004, (chapitre : la maladie mentale)
- M. Godfryd, *Psychiatre au quotidien*, , Presses Universitaire de France, 2005, 221 pages
- M. Goutal, *Du fantasme au système, scènes de famille en épistémologie psychanalytique et systémique*, ESF éditeur, 1985, 125 pages
- D. Jodelet , *Folies et représentations sociales*, Presses Universitaires de France, 1989, 397 pages
- V. Kovess (dir.), *Psychiatrie années 2000 : organisations, évaluations, accréditations*, éditions Médecine-Sciences Flammarion, 1999, 305 pages
- R. Liberman, *Handicap et maladie mentale*, , Presse Universitaire de France, (Que sais-je ?), 1999, 127 pages
- J. Miermont (dir.), *Dictionnaire des thérapies familiales*, éditions Payot et Rivages, 2001, (chapitres : famille et fonction parentale ; frontières, limites, barrières)
- J.L Roelandt (dir.), *Manuel de psychiatrie citoyenne, l'avenir d'une désillusion*, , éditions In Press, 2002, 227 pages
- G. Vidon, *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*, édition Frison-Roche, 1995, 435 pages
- E. Zarifian, *Le goût de vivre, retrouver la parole perdue*, éditions Odile Jacob, 2005, 235 pages

▫ **Périodiques :**

- l'association Schizo ?...Oui !, « Psychiatrie : l'accès aux soins des personnes incapables de consentir. Un droit pour le malade, un devoir pour la société », *Schizo-infos*, numéro spécial, mai 2006, p. 11 à 18
- A. Brousse, « La protection juridique des personnes vulnérables », *Prémédia*, n°9, hiver/printemps 2006, p.8 à 9
- C. Helfter, « Accueil familial d'adultes dépendants : la chaleur des foyers ouverts à la singularité », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2295 du 24/01/2003, p.29 à30
- L. Lamantowicz, « le placement thérapeutique d'adultes : indications et aléas », *Actualités psychiatriques*, n°3, 1993
- Inconnu, « Qu'apporte la loi du 2 janvier 2002 aux accueillis et à leur familles ? », *Journal du droit des jeunes*, n°221 de janvier 2003, p. 12 à13
- Inconnu « L'accueil familial des adultes », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, supplément du n°2458 du 02/06/2006, p. 1 à 69

▫ **Internet :**

<http://psychiatriinfirmiere.free.fr>

<http://www.famidac.net/rubrique14.html>

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Accueil>

<http://www.psy13.com/framesuite.shtml>

<http://www.psy-desir.com/biblio/spip.php?rubrique0016>

http://infokiosques.net/imprimersans2.php?id_article=411

http://www.serpsy.org/psy_levons_voile/hopital/cadreglementaire.html

[http](http://www.camh.net/fr/About_Addiction_Mental_Health/Mental_Health_Information/psychosis_mhfs_fr.html)

://www.camh.net/fr/About_Addiction_Mental_Health/Mental_Health_Information/psychosis_mhfs_fr.html

<http://epssel.univ-fcomte.fr/ressources/bibliotheque/memoires/clerget/MEMOIRE.pdf>

<http://home.nordnet.fr/~sdelbecque/cour/maslow.htm>

Annexe 1 : Entretien avec un professionnel de l'AFT

Nom : [2 entretiens réalisés auprès du responsable de l'AFT à
Etablissement : l'hôpital Edouard Toulouse (n°1) et Valvert (n°2)]

Présentation :

- **Combien de familles d'accueil thérapeutique compte cet établissement ?**

N°1 : 7 familles

N°2 : 5 familles

- **En tout combien de malades sont placés en famille d'accueil thérapeutique ?**

N°1 : 14

N°2 : 6

- **Seuls les malades préalablement suivi dans cet établissement peuvent-êtré suivi en AFT ou est-ce que d'autres établissements peuvent faire appel à vous ?**

Oui (pour les deux).

Procédure de mise en place de l'AFT :

- **Comment devient-on famille d'accueil thérapeutique ?**

N°1 et 2 : Les familles écrivent spontanément à l'hôpital ou l'établissement passe une petite annonce → convocation de la famille par le directeur des soins et la personne responsable de l'AFT → enquête du médecin psychiatre et de l'assistante sociale → agrément

- **L'agrément est-il attribué à une personne ou à un couple ?**

N°1 et N°2 : l'agrément est au nom d'une personne, mais l'enquête se fait auprès du couple, d'ailleurs une personne seule ne peut pas pratiquer ce type d'accueil

- **Les accueillants bénéficient-ils d'une formation spécifique ?**

N°1 : Non, mais mise en place d'un groupe de paroles pour que les accueillants expriment leurs difficultés sous la direction d'une psychologue, une fois tous les deux mois.

N°2 : Non, mais mise en place d'une journée annuelle sur un thème, où les familles d'accueil se rencontrent, l'équipe pluridisciplinaire est également présente.

- **L'AFT est-il utilisé comme 1ère prise en charge ou s'effectue-t-il après une hospitalisation ?**

N°1 et 2 : après une hospitalisation

- **Est-il mis en place à temps partiel ou plein temps ?**

N°1 : à temps plein après des périodes courtes d'essais

N°2 : dépend du projet thérapeutique du patient

Profils types

- **Quelle est la composition des familles d'accueil ? Y a-t-il des enfants ?**

N°1 et N°2 : Il y a des composantes variables (avec ou sans enfants), la seule composition familiale imposée pour ce type d'accueil est le couple (homme / femme) ou la présence de deux personnes de sexes différents sous le même toit pouvant prendre en charge l'AFT.

- **Dans quelle tranche d'âge se définit généralement les accueillants ? Et les patients ?**

N°1 : Accueillants : 40 à 70 ans ; patients : âge moyen de 50 ans

N°2 : Accueillant : âge moyen de 40 ans ; patients : entre 24 et 45 ans

- **Les accueillants sont-ils majoritairement des femmes ou des hommes ? Et les patients ?**

N°1 et 2 : On parle de couple d'accueillant, mais c'est principalement les femmes qui sont au foyer au quotidien auprès du ou des patients, tandis que le mari peut lui effectuer une autre activité professionnelle.

- **Quel type de malades peuvent être orienté vers une famille d'accueil thérapeutique ? (pathologie)**

N°1 et 2 : Tout type, orientation faite au cas par cas, mais il est vrai que l'on retrouve majoritairement des psychotiques et d'anciens alcooliques.

- **D'après-vous quelles sont les motivations qui poussent à devenir accueillant ?**

N°1 et 2 : La volonté d'avoir des revenus en restant au domicile, un sens social développé, philosophie de vie qui souligne l'entraide

Suivi médico-social :

- **L'équipe médico-sociale qui s'occupait du patient reste-t-elle la même après le placement en AFT ?**

N°1 : Oui et non, seul le médecin qui suit le patient reste le même, le suivi infirmier au domicile est assuré par le CMP (Centre Médico Psychologique).

N°2 : Oui.

- **Comment s'effectue le suivi du malade ?**

N°1 et 2 : Visite à domicile en fonction des besoins, réunions avec le patient seul, l'accueillant seul, et les deux ensemble.

- **Quelle est la durée moyenne de l'immersion du malade en famille d'accueil ?**

N°1 : minimum 3 ans (sauf en cas de mésentente)

N°2 : entre 2 mois et 6 ans

***Le malade et son environnement**
(spatial, économique, juridique,
familial) :*

- **La pièce réservée au malade dans le foyer d'accueil est-elle en général dans la maison, ou située dans une dépendance ?**

N°1 et 2 : en général la pièce réservée au malade se trouve dans la maison, et il a accès à un W.C et une salle de bain indépendante.

- **Quels sont les revenus possibles du malade ?**

N°1 : AAH (Allocation Adulte Handicapé), pas de possibilité de travailler car personnes pas assez autonomes

N°2 : AAH, pension de la famille naturelle, selon les cas possibilité de travailler en milieu « normal » ou en ESAT (Etablissement Social d'Aide par le Travail)

- **Quelle est la proportion de malades sous curatelle ? Tutelle ? Sauvegarde de justice ?**

N°1 : Patients tous sous tutelle

N°2 : Très diversifié : pas de protection judiciaire, tutelle, curatelle, ou sauvegarde de justice

- **Le lien avec la famille biologique est-il maintenu ? Si oui comment ?**

N°1 : Assez rare que le lien avec la famille biologique soit maintenue, si c'est le cas c'est surtout avec les frères et soeurs, par le biais de lettres de visites...

N°2 : Les liens sont plus souvent maintenus pour les personnes de cet établissement sans doute car les personnes sont plus jeunes, mais là encore les situations sont très diverses

Effet thérapeutique :

- **D'après vous comment un milieu familial de substitution peut-il avoir des effets positifs sur une réinsertion sociale ?**

N°1 : Aucune des personnes placées ne pourront vivre de façon autonome dans un appartement indépendant, elles sont en générale orientée à 60 ans vers les maisons de retraite, les foyers pour handicapés ou sont réhospitalisées. Cependant, cet accueil va permettre d'apporter une chaleur familiale, un cadre, un lien affectif.

N°2 : La famille est investie d'une capacité thérapeutique, car le patient est sorti du milieu hospitalier pour enrichir sa vie sociale et affective, lui permettre de retrouver son autonomie tout en gardant un certain confort et en préservant son bien être.

Annexe 2 : Résultats des entretiens avec les accueillants (11 personnes interrogées)

Présentation :

• Qu'est-ce qui vous a poussé à devenir accueillant ?

- Donner/ Rendre service : 6 (accueillants)
- Activité permettant de rester au domicile pour élever les enfants, profiter pleinement de la maison : 5
- Enfants ont grandi et sont partis, le mari travaille, se trouve seule dans une grande maison : 1
- Côté une famille d'accueil : 3
- Pas de perte de temps dans les trajets professionnels, pas de hiérarchie immédiate, pas d'horaires imposés : 2
- Argent (chômage et difficulté à trouver du travail, ou travail du conjoint ne suffit plus besoin de revenus supplémentaires pour financer les études des enfants) : 4

(plusieurs réponses possibles par accueillants pour cette question)

• Depuis combien de temps êtes-vous accueillant ?

- 2 ans : 2
- 3 ans : 1
- 4 ans : 1
- 7 ans : 2
- 10 ans : 1
- 12 ans : 1
- 14 ans : 2
- 16 ans : 1

• Combien de personnes avez-vous déjà accueillies ?

- 2 personnes : 2
- 3 personnes : 1
- 5 personnes : 2
- 6 personnes : 1
- 7 personnes : 2

- 8 personnes : 1
- 9 personnes : 1
- 10 personnes : 1

La vie quotidienne d'un accueillant :

• **Qu'est-ce cela vous apporte d'être accueillant ?**

- Satisfaction quand le malade fait des progrès, gratifiant/ valorisant/ se sent utile : pour tous
- Découverte d'un intérêt pour la psychiatrie, psychologie (devenu une passion) : 2

• **Quelles sont les difficultés que vous rencontrez le plus souvent dans votre métier ?**

- Frustration en cas d'échec
- Métier épuisant / démoralisant / usant
- Rythme de vie différent selon le patient (âge, pathologie)
- Difficulté selon la pathologie (surveillance constante...)
- Jalousie possible entre accueillis, et avec les enfants
- Difficulté pour l'apprentissage hygiène (travail de « longue haleine »)
- Dans certains cas, incompatibilité d'humeur avec l'accueilli
- En de patients âgés n'ayant pas de projet réel de réinsertion, une routine s'installe sans la satisfaction d'un quelconque progrès

(difficultés rencontrées par tous les accueillants, ou pouvant l'être)

• **Pouvez-vous me décrire une semaine type ?**

Le programme de la semaine est le même que dans une famille n'accueillant pas de patients (et se doit de l'être), chacun à ses propres tâches et activités à effectuer.

Le lien avec la personne accueillie :

• **Comment décririez-vous la relation que vous avez avec la personne que vous accueillez ?**

- Parent/ enfant (même en cas de malades plus âgés) : 2
- Egal à égal : 1

- Amicale respectueuse (avec utilisation du vouvoiement) : 5
- Relation professionnelle : 2

(Dans tous les cas, les accueillants instaure confiance, fermeté, gentillesse et écoute)

L'après AFT :

• **Que sont devenues les personnes que vous avez accueillies précédemment ?**

- Décédé : 2 (6, 5%)
- Retour à l'hôpital à temps plein : 4 (12, 9%)
- Autre famille d'accueil : 2 (6, 5%)
- Maison de retraite : 6 (19, 5%)
- Famille naturelle (avec alternance avec l'hôpital de jour ou non) : 3 (9, 6%)
- Foyer occupationnel ou de vie : 9 (29%)
- Appartement (avec ou sans activités à l'hôpital de jour) : 5 (16, 1%)

(Chiffres par rapport aux patients accueillis : total de 31)