

**Institut de Formation en Ergothérapie**

- Montpellier -

*La réhabilitation psychosociale de patients  
psychotiques :*

*Rôle et intérêt de l'ergothérapeute au sein d'un  
service d'accueil familial thérapeutique*

*Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'Etat  
d'ergothérapeute*

Juin 2012

**Caroline QUESNAY**

*Sous la direction de Bertrand Perez, ergothérapeute au CHU de Montpellier*



## ***Remerciements***

*« Sous la direction de Bertrand Perez, ergothérapeute au CHU de Montpellier »*

Je tiens particulièrement à remercier Bertrand Perez pour son soutien, sa disponibilité, ses conseils avisés et ses qualités, non seulement professionnelles mais aussi humaines qui m'ont permises de mener à bien ce travail de recherche.

Un grand merci à Mme Vidal, cadre de santé au CHSI d'Ainay-le-château pour son aide, sa disponibilité et son intérêt à l'égard de mon étude.

Je remercie également Mr Petit ainsi que l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation de Montpellier pour leurs précieuses aides concernant la méthodologie de ce mémoire.

Merci aux professionnels, à la famille d'accueil et au patient ayant contribué à l'élaboration de cette étude.

Merci à Nathalie M. d'avoir partagée son temps, ses compétences linguistiques et sa gentillesse lors de la relecture.

J'adresse enfin ma plus grande reconnaissance à Nicolas, à ma famille, mes amis de la promotion et mes proches pour leur accompagnement tout au long de ces trois années d'études.

## **SOMMAIRE**

INTRODUCTION.....	1
-------------------	---

## I- PROBLEMATIQUE PRATIQUE

<b>I.1- La psychose .....</b>	<b>3</b>
I.1.1- Définition.....	3
I.1.2- Etiologie des troubles psychotiques.....	3
I.1.3 –Symptomatologie .....	5
I.1.3.1- Perte de contact avec la réalité.....	5
I.1.3.2- Trouble de l'identité.....	6
I.1.3.3- Détérioration psychosociale.....	7
I.1.4- Les traitements.....	7
I.1.5- Notion de handicap psychique .....	8
I.1.6- Evolution.....	9
<b>I.2- La réhabilitation psychosociale .....</b>	<b>10</b>
I.2.1- Un peu d'histoire .....	10
I.2.1.1- Les origines de la désinstitutionalisation .....	10
I.2.1.2- Les impacts .....	12
I.2.2- Définition générale .....	13
I.2.3- Réhabilitation et psychiatrie .....	13
<b>I.3- Les alternatives à l'hospitalisation .....</b>	<b>14</b>
I.3.1- Les alternatives aux soins .....	14
I.3.2- Les alternatives aux lieux de vie.....	15
I.3.2.1- Le Foyer d'Accueil Médicalisé.....	15
I.3.2.2- L'appartement thérapeutique .....	16
I.3.3- L'accueil familial thérapeutique .....	17
I.3.3.1- Historique.....	17
I.3.3.2- Accueil familial thérapeutique ou social ?.....	18
I.3.3.3- Les indications .....	19
I.3.3.4- Les acteurs .....	20
I.3.3.5- Les enjeux .....	24
<b>I.4- L'ergothérapie .....</b>	<b>26</b>
I.4.1- Définition et compétences .....	26
I.4.2- L'ergothérapie en psychiatrie .....	27
I.4.3- L'ergothérapie au cœur de la réhabilitation psychosociale.....	28

## II- PROBLEMATIQUE THEORIQUE

<b>II.1- La pyramide d'Abram Maslow .....</b>	<b>31</b>
II.1.1- Définition.....	31
II.1.2- Lien avec mon étude.....	32
<b>II.2- Le Processus de Production du Handicap .....</b>	<b>34</b>
II.2.1- Le cadre conceptuel.....	34
II.2.2- Lien avec mon étude.....	36
<b>II.3- La communication.....</b>	<b>37</b>
II.3.1- Modèle de Shannon et Weaver.....	38
II.3.1.1- Définition.....	38
II.3.1.2- Lien avec mon étude.....	39
II.3.2- L'école de Palo-Alto .....	40
II.3.2.1- Définition.....	40
II.3.2.2- Lien avec mon étude.....	41

### III- METHODOLOGIE

<b>III.1- Méthodologie.....</b>	<b>43</b>
III.1.1- Choix de la méthode .....	43
III.1.2- Choix de la population .....	43
III.1.3- Choix des outils et élaboration de la matrice .....	44
III.1.4- Passation des entretiens .....	46
III.1.5- Méthodologie d'analyse.....	47

### IV- RESULTATS ET ANALYSES

<b>IV.1- Question 1 : L'indication du placement.....</b>	<b>49</b>
<b>IV.2- Question 2 : Les interventions .....</b>	<b>52</b>
<b>IV.3- Question 3 : Le suivi .....</b>	<b>54</b>
<b>IV.4- Question4 : La réinsertion sociale, les attentes, .....</b>	<b>57</b>
<b>IV.5- Question 5 : La fin du placement .....</b>	<b>61</b>

### V- DISCUSSION

<b>V.1- Le rôle l'ergothérapeute .....</b>	<b>64</b>
V.1.1- L'indication .....	64
V.1.2- Le suivi.....	66
V.1.3- Les évolutions et perspectives.....	69
<b>V.2- Limites et critiques de l'étude .....</b>	<b>70</b>
<b>V.3- Apport personnel.....</b>	<b>71</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>73</b>
<b>Bibliographie</b>	
<b>Annexes</b>	

## INTRODUCTION

Durant les dernières décennies, la psychiatrie a connue une évolution massive, marquée entre autre par la désinstitutionalisation et l'émergence de structures extra-hospitalières de soins diverses permettant un retour des patients dans la société. Cependant, l'arrivée dans la société de ces patients, sans un accompagnement adéquat, peut poser des difficultés quant à leurs intégrations et l'évolution de leurs parcours de soin.

En effet, au cours de mes différents stages en psychiatrie, j'ai été interpellée par l'accumulation des hospitalisations à court terme, particulièrement en ce qui concerne certaines pathologies psychotiques, induisant un retour rapide à la société avec un suivi médico-social aléatoire. Ce phénomène, communément appelé « le syndrome de la porte tournante », semblait alors être un frein à la réhabilitation psychosociale du patient.

Suite à ce constat, je me suis intéressée à la pratique de l'ergothérapeute dans le domaine de la réhabilitation de patients psychotiques. C'est au détour d'une lecture d'un article de M. Dulaurens [14] que mon intérêt s'est porté sur cette pratique encore peu (re)connue qu'est l'accueil familial thérapeutique. Cet article fait état de l'expérience d'une ergothérapeute au sein d'un service de placement familial auprès de patients présentant des troubles psychiques.

Ces dernières années, l'accueil en famille pour des personnes âgées dépendantes fut en pleine expansion et largement médiatisée : cette alternative aux maisons de retraite présente en effet des avantages économiques, une prise en charge personnalisée et surtout plus humaine. Cependant je n'avais pas connaissance que ce type de prise en charge s'appliquait également avec des patients souffrant de troubles mentaux.

Je me suis donc intéressée de plus près à la question, en me demandant les effets que ce placement pouvait avoir sur la réhabilitation psychosociale du patient.

La question est alors de savoir par quels moyens, cette alternative de prise en charge et d'hospitalisation qu'est l'accueil familial thérapeutique, permettait une réhabilitation du patient psychotique. De quelles compétences l'ergothérapeute dispose t-il pour participer à l'accompagnement du patient dans son parcours au sein d'une famille d'accueil ?

Pour tenter de répondre à cette problématique, mon étude s'organise en cinq axes de travail. Dans un premier temps, grâce à une recherche bibliographique, je m'attacherai à définir les domaines invoqués par ma problématique pratique : la psychose, la réhabilitation psychosociale, les alternatives à l'hospitalisation dont l'accueil familial thérapeutique, et enfin l'ergothérapie notamment en psychiatrie et dans une optique de réhabilitation. Par la suite j'amènerai un cadre théorique par différents modèles et théorie sous-jacents à mon étude. Puis, après avoir exposé ma méthodologie de recherche, je m'attacherai à rendre compte des résultats obtenus par mon enquête et à les analyser afin de les mettre en lien avec mes problématiques pratiques et théorique. La dernière partie de ce travail consistera en une réflexion globale sur le sujet afin de répondre à ma question de recherche, et d'exposer mes limites, critiques et apports personnels de ce travail.

## **I.1-La psychose**

### **I.1.1- Définition** [9] [33]

Avant le début du XX<sup>e</sup> siècle, on regroupait sous le terme de psychose toutes les atteintes graves du psychisme. Puis on a peu à peu écarté de cet ensemble les maladies résultant de lésions cérébrales ou d'une intoxication (démence alcoolique).

Aujourd'hui, le DSM-4-TR regroupe les psychoses principalement sous le titre "schizophrénies et autres troubles psychotiques". On y retrouve la schizophrénie et les troubles schizophréniformes, le trouble bipolaire, les troubles délirants (anciennement, délires chroniques paranoïaques), les "troubles psychotiques brefs" (anciennement considérés comme des bouffées délirantes aiguës sans évolution vers une pathologie chronique), les "troubles psychotiques dus à..." (toxiques, affection médicale générale) et enfin les troubles psychotiques non-spécifiés, au sein desquels on retrouve notamment certaines formes de psychose puerpérale.

### **I.1.2- Etiologie des troubles psychotiques** [7]

L'explication des psychoses demeure à l'état d'hypothèses, se référant à la psychanalyse (première étude psychanalytique d'un cas de psychose avec le cas du président Schreber, publié en 1911 par Sigmund Freud), à la phénoménologie et, depuis la mise au point, en 1952, des neuroleptiques, à la psychiatrie biologique, voire à la génétique. Plus récemment, les théories de la communication ont à leur tour élargi le champ des connaissances. Dès lors, il est certain que l'origine des psychoses ne remonte pas à une source unique mais découle d'un réseau complexe de facteurs, variables selon les individus. Il est aujourd'hui encore difficile d'établir une étiologie précise de la psychose de par le fait de la diversité des pathologies et symptômes mis en cause. Aussi, je m'attacherai ici à détailler les différents facteurs prédisposant ou pouvant être responsables de la schizophrénie.

- Des facteurs de vulnérabilité génétique et environnementale

Les chercheurs ont mis en évidence des facteurs de vulnérabilité génétique et environnementale qui, sur le plan épidémiologique, semblent jouer un rôle important dans le développement de cette pathologie.

Ces deux éléments réunis pourraient, en effet, favoriser la survenue de la maladie. Cette hypothèse globale dite de "stress-vulnérabilité" montre que le risque de développer une schizophrénie serait plus important sur un "terrain" montrant une fragilité neuropsychologique d'origine génétique.

Dès 1972, le psychologue américain Irving I. Gottesman a montré l'existence de cette susceptibilité génétique sur la base d'une étude de jumeaux. Ces résultats ont été confirmés par la suite. Ainsi, le risque de développer la pathologie est proportionnel au degré de proximité par rapport au sujet (1 % dans la population générale, environ 10 % chez les apparentés au premier degré, environ 50 % chez les jumeaux monozygotes) et le facteur héréditaire de la schizophrénie semble assez fort (de l'ordre de 0,6). Toutefois, dans un cas sur deux, un seul des jumeaux monozygotes développe le trouble, ce qui montre aussi l'importance des facteurs d'environnement. Les facteurs précipitants ou protecteurs de l'apparition du trouble au cours du développement de l'individu sont encore mal connus.

Des anomalies de l'anatomie du cerveau et de son fonctionnement ont été détectées chez les schizophrènes. Elles pourraient être la conséquence d'une exposition du fœtus à une infection au cours de la grossesse, ou de complications ayant entraîné une atteinte du cerveau du nouveau-né au moment de l'accouchement.

Le rôle de l'environnement familial dans le développement de la schizophrénie, longtemps mis en avant, semble difficile à cerner. Pour un enfant ayant une vulnérabilité biologique à la schizophrénie, une carence affective ou une forte sur-protection pourraient faire partie des facteurs influençant, plus tard, le déclenchement des symptômes.

A l'adolescence, la nécessité d'acquérir rapidement de nouveaux modes relationnels (en rapport avec la sexualité, l'acquisition d'une certaine indépendance, l'importance grandissante du regard des autres, par exemple) pourrait agir comme révélateur d'un fonctionnement anormal du cerveau jusque-là peu visible.

Selon l'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale) [35] des études montrent que « l'usage du cannabis apparaît comme un des très nombreux facteurs de causalité (ni nécessaire, ni suffisant) qui conduisent à la survenue de la schizophrénie. »

Les psychoses présentent donc une étiologie multifactorielle, dépendant de composantes génétiques, développementales et environnementales. C'est le modèle « bio-psycho-social » de la psychose ou modèle dit « vulnérabilité-stress ». Ce modèle a été introduit pour décrire la schizophrénie et c'est pour cette pathologie qu'il est actuellement le mieux validé.

### **I.1.3- Symptomatologie [7] [19]**

On a selon les époques, attribué aux psychoses des caractéristiques visibles différentes, mais deux critères semblent toujours émerger : la perte de contact avec la réalité et les troubles de l'identité.

#### **I.1.3.1- La perte de contact avec la réalité**

Elle désigne des phénomènes aussi différents que la disparition du sens des choses ou la construction d'une autre réalité à laquelle le sujet adhère. Cette diminution du contact avec la réalité peut être limitée à quelques aspects du quotidien ou être envahissante au point de paralyser le fonctionnement de la personne, même pour ses besoins élémentaires. En général, cette perte de contact avec la réalité se manifeste par des hallucinations ou des délires.

*L'hallucination*, est définie comme une « perception sensorielle qui procure la même sensation de réalité qu'une perception en l'absence de stimulation externe de l'organe sensoriel intéressé » (DSM-IV). Les hallucinations doivent être distinguées des illusions, qui résultent de perceptions altérées de stimuli externes existant, et des hallucinoses, qui sont des perceptions en l'absence de stimuli externes mais avec conservation de la conscience de la nature endogène de la perception.

Celles-ci peuvent affecter toutes les modalités sensorielles (vision, audition, olfaction, goût, toucher) et peuvent aller de perceptions simple (sonneries de téléphones, bruits de portes) jusqu'à des expériences complexes durant lesquelles les patients pensent interagir avec des images formées qui s'adressent à eux, qui éventuellement les télécommandent, ou des expériences de vol de pensées, de télépathie...

*Le délire*, est mis en place par le patient afin de rationaliser ses hallucinations, leurs donner une ébauche de sens. Il se caractérise par un ensemble d'idées erronées qui sont en opposition avec la réalité, et auxquelles le sujet croit. Ces idées ne sont pas des croyances habituellement acceptées par le groupe culturel du patient. Il est donc important de noter le

caractère individuel et excessif de la croyance, le décalage avec la réalité et la certitude inébranlable du sujet.

### I.1.3.2- Les troubles de l'identité

Ils prennent de multiples formes telles que la perte des repères corporels, une modification de l'image du corps... Si tous les sujets psychotiques présentent la plupart du temps ces troubles, on peut également les retrouver de manière subtile dans d'autres états (crépusculaires hystériques, états limites, confusion mentale ...). Ils ne sauraient donc, à eux-mêmes, être les seuls arguments pour faire le diagnostic.

Une des caractéristiques importantes de l'état psychotique est l'absence de conscience de la nature pathologique des symptômes (anosognosie). Classiquement, les patients pensent que leur comportement, le contenu de leur pensée et les expériences hallucinatoires qu'ils vivent ne sont en aucune manière bizarres, inhabituelles ou étranges. Cela reste vrai même lorsque les idées délirantes, paranoïdes, sont impossibles. Les patients restent imperméables à toute rationalisation remettant en cause leur vécu. Cependant, cela doit être relativisé, puisqu'en fonction de la sévérité de la pathologie sous-jacente et du degré d'évolution depuis le début de l'épisode psychotique, une critique partielle des symptômes est parfois possible. Le patient conserve un certain « insight »(conscience des troubles).

De nombreux autres symptômes peuvent s'ajouter aux précédents tels que :

- Des troubles du cours de la pensée qui traduisent des altérations des mécanismes de pensée et sont classifiés en fonction des modifications du discours qu'ils entraînent. On note de manière non exhaustive : la tachypsychie, la logorrhée, les digressions, la diffluence ou relâchement des associations, les circonlocutions, le rationalisme morbide, et à l'opposé de ce dernier : la pauvreté du discours spontané, les barrages, les fadings.
- Des comportements bizarres et agités : Par exemple, le fait de parler seul, de devenir subitement agressif, d'avoir des habitudes vestimentaires bizarres et des comportements inexplicables.

Comme le disait un grand psychiatre du siècle dernier, Henri Ey : « le malade est avant tout un homme entravé dans sa liberté et diminué dans l'exercice de son activité proprement humaine de coexistence par une désorganisation de son être ».

Ainsi, tous ces symptômes associés ou non posent inévitablement le problème du devenir du lien social chez les personnes affectées d'une pathologie mentale.

### I.1.3.3 - Détérioration psychosociale [12]

La pathologie psychotique peut alors entraîner, en second lieu, des déficits au plan des fonctions cognitives et mnésiques, responsables de problèmes d'adaptation et de réhabilitation du patient qui en souffre. Le développement des études cliniques et la meilleure caractérisation des symptômes psychotiques ont montré que plus de 85% des patients souffrant de psychoses présentent des troubles cognitifs. Ces derniers ont conduit à considérer le rôle du lobe préfrontal comme prépondérant pour expliquer ces dysfonctionnements observés. Il est aujourd'hui bien établi que la psychose s'accompagne de déficits mnésiques et cognitifs qui conditionnent les compétences des patients dans les domaines adaptatifs de la vie quotidienne, sociale et professionnelle. Pour réussir cette réhabilitation, il apparaît important de prendre en compte les habiletés des patients *via* les bilans effectués. L'efficacité exécutive, la flexibilité mentale, la mémoire à long terme et la mémoire de travail se révèlent être primordiales et leur atteinte sévère compromettrait gravement une réadaptation et un espoir de re-socialisation du patient.

Afin de pallier ces déficits, des interventions précoces visent à détecter rapidement les signes de ces troubles afin d'offrir des soins permettant de ralentir, voire de prévenir, les déficits et la détérioration, qui définissent souvent le cours de la maladie bien plus que les symptômes psychotiques eux-mêmes.

### I.1.4- Les traitements

Il n'existe pas de traitement curatif des psychoses, mais le traitement peut diminuer la gravité et les conséquences psychosociales des épisodes pathologiques.

Il se compose de neuroleptiques, antipsychotiques, et autres médicaments. Ils permettent de faciliter la prise en charge, améliorer l'état psychique, faciliter l'adaptation sociale et favoriser la qualité de vie des patients. Toutefois et malgré leur efficacité ils présentent de nombreux inconvénients et limites:

Certains symptômes restent résistants aux médicaments. Ainsi la réponse thérapeutique est variable selon les patients et peut nécessiter l'association de plusieurs neuroleptiques

provoquant des effets indésirables à court terme (vertiges et malaises, troubles digestifs, excitation...) et à long terme (prise de poids, photosensibilité...) qui peuvent induire l'association de médicaments dits correctifs afin de pallier les effets secondaires des neuroleptiques.

Parallèlement, le traitement ne saurait être efficace sans une prise en charge pluridisciplinaire où psychiatre, médecin, psychologue, ergothérapeute, assistante sociale et autres corps médicaux, sans oublier les institutions de support communautaire, s'allient afin de permettre la réadaptation, réinsertion et réhabilitation du patient psychotique.

### **I.1.5- Le handicap psychique [34]**

La reconnaissance du handicap psychique en tant que tel est très récente : elle correspond à la loi du 11 février 2005. Cette reconnaissance permet de mieux cerner ce handicap et de proposer des prises en charges adaptées.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (annexe 1) représente une grande avancée pour le handicap et plus particulièrement pour les personnes en situation de handicap psychique. Si la loi ne parle pas directement de handicap psychique, son article 2 enlève toute ambiguïté entre handicap et troubles psychiatriques. Le handicap est ainsi défini : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activités 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. » Cette définition permet ainsi de mettre en évidence que les troubles cognitifs ou psychiques peuvent constituer une cause de handicap.

La loi du 30 juin 1975 fixait, cristallisait les données en parlant « d'invalidité », en relation directe avec une maladie, l'atteinte d'un organe, d'une fonction. Cette invalidité donnait droit à la fixation d'un taux. La loi du 11 février 2005 ne classe plus en fonction des déficiences, elle interroge l'interaction avec le milieu. Cette dernière oblige à analyser les données en termes de système, donc pour rechercher un équilibre entre la personne et son lieu de vie. Il s'agit d'interroger non plus simplement la maladie, mais ses effets sur la vie quotidienne.

Cette révolution conduit à quitter une approche uniquement médicale pour un travail interprofessionnel. Le travail en réseau sera centré sur le projet de vie de la personne, le premier acteur de ce réseau étant la personne elle-même.

Néanmoins, les troubles psychotiques amènent à des évolutions de la pathologie pouvant remettre en question sa prise en charge et ses perspectives de réinsertion.

### **I.1.6- Evolution** [12] [15] [23]

#### **- Evolution et pronostics**

L'évolution de la pathologie est différente selon les patients, elle peut évoluer par poussées avec des rémissions partielles.

L'introduction des neuroleptiques, au cours des années 1960, a permis de diminuer la durée d'hospitalisation des patients, mais la prise en charge reste très lourde. Cependant la rapidité avec laquelle le traitement neuroleptique est instauré contribue à améliorer le pronostic évolutif de la maladie.

Les rechutes et les caractéristiques de la maladie au cours des cinq premières années sont souvent prédictives de l'évolution de la maladie. Chaque rechute est généralement suivie par une aggravation du fonctionnement de base du patient.

Le bénéfice thérapeutique à long terme est encore insuffisant, en effet, on observe une insertion correcte dans 20 à 30 % des cas, et un handicap dans 40 à 60% des cas.

L'évolution peut parfois se faire vers une rémission complète voire définitive des symptômes (environ 20 % des cas).

L'évolution peut également être plus défavorable, avec dans environ 20 % des cas, un tableau de psychose déficitaire caractérisée par un émoussement affectif au premier plan, un retrait social et une mauvaise réponse au traitement neuroleptique.

De plus, les six premières années de la maladie sont une période à risque pour le suicide, en effet il y a passage à l'acte dans 10 % des cas, et des tentatives de suicide dans 20 à 40 % des cas.

Le risque suicidaire notamment dans la schizophrénie est donc élevé.

## **-Evolution de la prise en charge**

Un autre constat actuel est celui de la réduction drastique des lits d'hospitalisation psychiatrique et du déploiement des structures de soins (hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques...) permettant de remettre les psychotiques dans la communauté où ils sont soignés.

La réalité est toute autre puisque l'on observe, entre autres conséquences, une certaine clochardisation des psychotiques chroniques, de par la non-observance du traitement mais également le manque de structures extrahospitalières induisant un suivi aléatoire, voire nul.

Mais quels sont donc les causes réelles de ces échecs de réinsertion ? Pour répondre à cette question, il paraît primordial de revenir sur le fondement de la réhabilitation psychosociale, à savoir la désinstitutionalisation.

## **I.2-La réhabilitation psychosociale**

### **I.2.1- Historique**

#### I.2.1.1- Les origines de la désinstitutionalisation [2]

Dès la fin de la seconde guerre mondiale, la plupart des pays développés sont touchés par ce que la littérature internationale appelle : un « processus de désinstitutionalisation » du secteur psychiatrique. Ce phénomène se traduit par une baisse significative et importante en nombre et en durée des hospitalisations en psychiatrie. C'est donc une organisation des soins et des services qui passe moins par l'hospitalisation mais davantage par des interventions favorisant le maintien du patient dans un milieu dit « naturel ».

Il est convenu de se référer à la définition établie par Léona Bachrach (1976) ; pour elle, la « déinstitutionalization » est un processus composé de trois éléments :

-L'élimination des institutions traditionnelles pour les soins des malades et l'évacuation progressive de ces lieux par les sujets qui y sont déjà hospitalisés.

- Le développement simultané d'installations thérapeutiques au sein de la communauté en vue du traitement des individus malades.
- L'éviction de l'hospitalisation des personnes susceptibles d'être d'éventuels candidats à l'institutionnalisation. [5]

Les raisons de cette « révolution » du milieu psychiatrique sont diverses. Il apparaît légitime dans un premier temps de le relier à l'apparition des thérapeutiques modernes.

D'une part la pénétration de la psychanalyse dans le champ de la psychiatrie, va concourir à la formation d'un nombre important de personnels qualifiés (médecins psychologues, infirmiers...). Elle va instaurer de nombreux courants dans les sciences humaines (psychiatrie sociale, communautaire...) et permettre une prise de conscience de l'importance étiologique des facteurs individuels et de l'environnement dans l'apparition des maladies mentales. Tous ces phénomènes favoriseront des attitudes humanitaires, mettant l'accent sur l'autonomie des individus et leurs droits de contrôler les forces du milieu qui les affectent.

D'autre part, l'apparition des psychotropes à partir des années 1950, fait naître de nouvelles formes évolutives de ces maladies, avec des périodes de rémissions importantes, autorisant des sorties de l'hôpital. Dès lors, l'essor de la psychiatrie biologique va provoquer des prises en charge privilégiant davantage la crise que la cure et entraîner un désintérêt pour les institutions à temps plein.

La désinstitutionnalisation dépend de nombreux autres facteurs, qui ont joué un rôle variable selon les régions. Parmi ces autres causes, retenons essentiellement, à partir du milieu du XXème siècle, la critique de l'institution asilaire comme concept d'institution totalitaire.

Russel Barton le premier, va décrire sous les termes de « névrose institutionnelle » l'instauration d'effets nocifs iatrogéniques chez les sujets demeurés pendant des périodes trop longues dans les institutions psychiatriques : « l'apathie, le manque d'initiative, une perte d'intérêt plus accentuée pour les choses et les événements non immédiatement personnels ou présents, la soumission docile et parfois l'absence de ressentiment exprimés envers les ordres rigoureux ou injustes, une détérioration des habitudes personnelles de la toilette, une perte de l'individualité, et une résignation fataliste comme quoi les choses suivront leurs cours d'elles mêmes, sans changement, inévitablement, infiniment. » [6]

C'est dans ce contexte, face aux progrès scientifiques de la psychiatrie, face à l'austérité budgétaire et à l'évolution des mentalités de la société, qu'intervient la fermeture d'un grand nombre de lits psychiatriques.

Dès la fin des années cinquante, on observe en effet une désinstitutionalisation abrupte et très rapide dans certains pays. Dans d'autres, comme c'est le cas pour l'Italie, on remarque une rupture encore plus radicale mais plus tardive.

La France, forte d'une psychiatrie figurant parmi les plus anciennes et les plus réputées avec l'Allemagne, fait le pari d'une désinstitutionalisation douce et équilibrée, spontanée et consensuelle. Elle prévoyait donc de mettre en œuvre tout les moyens nécessaires afin d'être au service du public, d'assurer la continuité des soins et de les dispenser au plus près des usagers à partir des structures intermédiaires, avec surtout une mise en place progressive des structures. Ce challenge audacieux de ne pas reproduire les erreurs des Etats Unis ou de l'Espagne, ne sera qu'en partie réussi.

#### I.2.1.2- Les impacts [2] [5] [30]

Malgré une volonté de faire les choses en « douceur », les effets du phénomène de désinstitutionalisation se font vite ressentir. De 1950 à 1990, 88 000 lits de psychiatrie ont été fermés et la durée moyenne de séjour passe de 250 à 57 jours. Ces fermetures sont associées à un développement important bien qu'insuffisant des alternatives à l'hospitalisation.

De nombreuses structures d'accueil, de séjour, d'appartements thérapeutiques ou de lieux de vie, voient le jour. Néanmoins plusieurs difficultés face aux malades désinstitutionnalisés font surface. **Le manque de préparation des intervenants, des patients, de la communauté en général, et l'insuffisance de moyens d'accompagnement posent problème.** En effet, le décalage non négligeable entre ressources et besoins en ambulatoire engendre une « demande psychiatrique de masse » qui progressivement, sature l'ambulatoire, les urgences et l'hospitalisation complète.

**Autre symptôme de la désinstitutionalisation : celui de la « porte tournante », qui atteint les patients sortis de l'hôpital, et qui, faute d'alternative de lieu de vie ou de prise en charge extra-hospitalière sont réadmis à l'hôpital régulièrement.** Diverses explications ont été apportées

à ces réadmissions multiples. Certains y voient un lien avec la diminution de la durée du séjour en milieu hospitalier, d'autres les associent aux **difficultés de réinsertion sociale du patient et au désengagement de la famille et soulignent qu'elles sont aussi liées à la nature même de la maladie mentale comportant des rechutes et un manque de soutien dans la communauté.**

Globalement, on ne peut pas considérer, malgré certains points positifs, que le pari de la désinstitutionnalisation à la française ait été gagné. Cependant, ce mouvement, même au prix de certaines désillusions, semble dans l'esprit du plus grand nombre n'avoir pas de possible retour en arrière... C'est dans l'analyse de ces désillusions que se centrent aujourd'hui les préoccupations, afin de garantir les meilleures conditions de vie autonome aux malades dans la communauté. Cela passe inévitablement pas une réhabilitation psychosociale adéquate.

## **I.2.2 La réhabilitation psychosociale**

### I.2.2.1- Définition [20]

En France ce terme signifie « restaurer dans une dignité ». En 1986, l'OMS définit la réhabilitation psychosociale comme « les actions développées pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet malade et atténuer les difficultés résultant de conduites déficitaires ou anormales ; ses buts consistent à améliorer le fonctionnement de la personne de façon à ce qu'elle puisse avoir du succès et de la satisfaction dans le milieu de son choix avec le moins d'intervention professionnelle possible ».

### I.2.2.2- Réhabilitation et psychiatrie [8] [26]

La réadaptation psychosociale est un mouvement communautaire né aux Etats-Unis, destinée initialement aux personnes atteintes de troubles mentaux graves. C'est donc un courant de pensée, fortement influencé par le mouvement de désinstitutionnalisation que nous avons abordé précédemment.

En psychiatrie, selon Antony W (1986), la réhabilitation s'inscrit comme une finalité dans un processus de soins comprenant, dans un premier temps, une phase de traitement afin de diminuer les causes et les symptômes. Puis, elle se poursuit par une phase dite de réadaptation pour

« redonner au patient les moyens d’agir ». Enfin arrive la phase de réhabilitation ayant pour objectif de « redonner au patient le pouvoir d’agir » afin à terme que le sujet puisse fonctionner avec succès et satisfaction dans l’environnement de son choix avec un « minimum d’intervention professionnelle ». [4] Elle repose donc avant tout sur les compétences et les forces de l’individu. La réhabilitation s’accompagne donc d’un changement radical dans la conception du sujet : il n’est plus uniquement « le patient », mais devient co-acteur et co-responsable de sa prise en charge établie avec son consentement libre et éclairé. Le patient a une place centrale dans son projet de soin, sa parole a une valeur et sa collaboration est indispensable aux soins.

Cette réhabilitation passe inévitablement par un retour dans la communauté, qui, chez le patient psychotique, demande du temps, un ajustement des conditions de vie, sociales, professionnelles et matérielles. Ainsi, lorsque l’autonomie ne permet pas un retour à domicile, plusieurs alternatives à l’hospitalisation peuvent être proposées.

## **I.3- Les alternatives à l’hospitalisation**

### **I.3.1-Les alternatives aux soins** [3] [17] [29]

Ces structures de soins, ne comportant pas d’hébergement, sont des alternatives à l’hospitalisation complète en psychiatrie qui se sont développées pour répondre au besoin de désinstitutionnaliser les patients hospitalisés au long cours.

Elles ont été définies par le décret et l’arrêté du 14 mars 1986 ; la circulaire du 15 décembre 1987 sur la planification a contribué à leur développement, les secteurs ayant dû mettre en place un système varié de prestations de soins ambulatoires et à temps partiel.

**Les Centres médico-psychologiques(CMP)** sont les structures extra-hospitalières les plus représentées en France (environ 1 par secteur). Initialement, on a cherché à décentraliser et à sortir des murs de l’hôpital en offrant ce qui était le plus facile en première intention : un service de consultation externe, implanté dans l’aire géographique du secteur. Le CMP est à la fois, comme le dit le texte, une « unité de coordination, d’accueil, de prévention, de diagnostic et de soins. »

**Les hôpitaux de jour** assurent des soins polyvalents, individualisés, intensifs, prodigués dans la journée, dans le but d'optimiser l'insertion des personnes dans leur milieu familial ou professionnel à travers des actions psychologiques, sociologiques, thérapeutiques, éducatives et d'accompagnement..

**Les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel ( CATTP)** se définissent comme « des structures visant à maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapeutique de groupe », avec une prise en charge plus ponctuelle, et offrant à de petits groupes de patients différentes activités dans un cadre déterminé et régulier.

Ces différentes structures permettent donc un suivi extra-hospitalier quotidien ou ponctuel impliquant que le patient puisse, soit être suffisamment autonome au quotidien pour disposer d'un logement personnel, soit bénéficier de l'aide ou de l'accueil de son entourage, de sa famille.

Dans le cas contraire, il existe également différents types de structures d'hébergement.

### **I.3.2- Les alternatives au lieu de vie [3] [24] [29]**

Je ne détaillerai pas ici toutes les alternatives au lieu de vie qui sont offertes aux patients en situation de handicap psychique. La liste n'est donc ici pas exhaustive mais tend à comprendre les tenants et aboutissants de ce type d'hébergement et d'alternative à l'hospitalisation. Ainsi j'ai fait le choix de parler brièvement de deux types de logement, dont les caractéristiques et les objectifs sont sensiblement différents.

#### **I.3.2.1- Le foyer d'accueil médicalisé**

Les FAM ont été mis en place par la circulaire n°86-6 du 14 février 1986. Cette circulaire fixe leurs missions et confère une importance particulière à leur implantation, celle-ci devant permettre une ouverture à la vie sociale. La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 leur a attribué une véritable existence juridique, en les insérant dans la typologie des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Au départ, les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) devaient constituer des structures de prises en charge expérimentales, ayant notamment pour objectif de compléter les solutions déjà existantes (les Maisons d'Accueil Spécialisé et les

foyers de vie ou foyers occupationnels).

Les foyers d'accueil médicalisé, anciens foyers à double tarification, accueillent des adultes gravement handicapés, mentalement ou physiquement, dont la dépendance les rend inaptes à toute activité à caractère professionnel et rend nécessaire l'assistance d'une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne. Ce type d'hébergement requiert une surveillance médicale et des soins constants. Il s'agit donc à la fois de structures occupationnelles et de structures de soins.

Malheureusement, le personnel social y est souvent sous-représenté, les perspectives d'ouverture vers l'extérieur et de réinsertion sont souvent limitées.

### I.3.2.2- Les appartements thérapeutiques

L'arrêté du 14 mars 1986 stipule que « les appartements thérapeutiques sont des unités de soins à visée de réinsertion sociale mis à disposition de quelques patients pour des durées limitées et nécessitant une présence importante sinon continue de personnels soignants ».

Le suivi s'effectue la plupart du temps par des équipes autonomes, détachées de l'équipe de secteur. La présence des soignants à l'appartement est discontinuée dans le temps.

Ce principe de la présence intermittente de l'équipe fonde un des aspects thérapeutiques majeurs de ce type d'hébergement.

En effet, ce type d'alternative à l'hospitalisation tend à répondre à plusieurs fonctions :

- **Une fonction éducative ou réadaptative** via l'émancipation sociale.

La réhabilitation dans ces logements encourage les patients à prendre des responsabilités dans un milieu semi-protégé. Le rôle de l'équipe sera alors d'encadrer et d'accompagner si besoin le patient vers une autonomisation dans ses activités quotidiennes (prise médicamenteuse, hygiène, ménage, gestion du budget, gestion du temps...)

- **Une fonction d'hébergement thérapeutique**, qui renvoie à un projet de soin dans lequel l'hébergement est conçu uniquement comme un moyen, un vecteur de cette démarche thérapeutique.

Un logement stable semble être la condition primordiale pour envisager une réhabilitation psychosociale du patient.

- **Une fonction de transition intermédiaire** entre le « dedans » sécurisant de l'hôpital psychiatrique et le « dehors » angoissant mais stabilisant de la vie « normale ». Les séjours en appartement visent donc à réaliser un espace de transition ouvert sur le monde extérieur, mais suffisamment protégé pour que les frustrations rencontrées ne provoquent pas de décompensation grave.

Néanmoins, les équipes ayant expérimenté ce type d'accompagnement ont remarqué que lorsque les soignants disparaissent, l'isolement social réapparaît. Aussi, une certaine ambiguïté peut être ressentie par certains locataires : l'appartement n'est ni un logement privé à part entière ni un espace de soins ; ils ne peuvent pas se l'approprier puisqu'il ne leur appartient pas, mais ils doivent tout de même se sentir comme chez eux...

### **I.3.3.-L'accueil familial thérapeutique, une alternative**

#### I.3.3.1-Historique

La prise en charge de patients souffrant de pathologies psychiques au sein de structures couramment dénommées « familles d'accueil » a été envisagée dès la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle. Entre 1892 et 1897, sous l'influence de J.P Falret, psychiatre français, furent créées les premières « colonies familiales » à Ainay-le-château et Dun-sur-Auron. Il s'agissait de répondre aux besoins de soins de certaines catégories de malades chroniques stabilisés nécessitant une surveillance médico-sociale, mais également et avant tout de désengorger les asiles parisiens. Ainsi, des malades étaient accueillis en milieu rural, dans des familles de paysans pour l'essentiel et pouvaient ainsi répondre, non sans dérive, aux besoins de l'économie locale : une pension était versée aux accueillants et le patient constituait une possible main-d'œuvre à bas coût.

Les premières critiques de cette forme de placement, non régulée par les pouvoirs publics, résulte de la publication de l'arrêté du 14 août 1963. Ce texte a formalisé la création d'un dispositif de « placement familial surveillé », qui prévoyait une vérification des conditions matérielles de l'accueil et une collaboration de l'hôpital psychiatrique.

Au cours des années 1980, deux initiatives importantes ont illustré l'intérêt croissant bien que modéré des gouvernements successifs pour cette forme de prise en charge.

L'arrêté du 14 mars 1986 considère ainsi l'accueil familial thérapeutique parmi les services relevant des établissements de santé mentale.

Le 10 juillet 1989, le Parlement votait une loi importante qui visait à organiser et contrôler l'accueil familial des personnes âgées et adultes handicapés moteurs et mentaux. Elle permettait ainsi de réglementer une forme d'accueil qui s'était développée de manière spontanée, entraînant parfois des abus. (Annexes 3)

Plus récemment, les règles spécifiques qui régissaient l'accueil familial thérapeutique allaient connaître de substantielles modifications : tout d'abord, par l'ordonnance du 21 décembre 2000, qui intègre les dispositions de la loi du 10 juillet 1989 dans le code l'action sociale et des familles ; puis, entre autres, par l'alignement du statut de l'accueillant familial thérapeutique sur celui de l'accueillant social, qui fut voté dans le cadre de la loi du 21 juillet 2009. (Annexe 3)

#### I.3.3.2 - Accueil familial thérapeutique ou social ? [32]

Pour mieux comprendre les enjeux de cette prise en charge dite « alternative », il convient de revenir sur les fondements de l'accueil familial, décidés par la loi du 10 juillet 1989 : 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.

- **L'Accueil Familial Social (AFS)** permet à une personne handicapée ou âgée de bénéficier d'un accueil permanent ou temporaire au sein d'une famille agréée par le Conseil Général. Elle dispose ainsi d'une chambre, participe à la vie de famille et profite d'un accompagnement personnalisé assuré par l'accueillant et son entourage. En contrepartie, la personne accueillie verse un salaire et un loyer à la famille. 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 en bénéficient aujourd'hui. 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 est 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 me semblait nécessaire de faire la distinction entre ces deux statuts.

L'accueil familial est donc dit thérapeutique dans la mesure où il intègre l'hébergement et la continuité des soins. Rester en relation étroite avec le réseau de possibilités diverses de soins à temps complet ou « alternatifs » est un des moyens de lutter contre le danger de l'immobilisme et de chronicisation induit par l'enfermement hospitalier.

### I.3.3.3- Les indications [28]

Elles se réfèrent plus à la trajectoire personnelle du malade, à la teneur du projet de soins et de réinsertion qu'à des critères catégoriels diagnostiques.

Les personnes suivies en AFT présentent en commun une incapacité (momentanée ou durable), liée à leurs troubles psychiques, à gérer seuls leur vie quotidienne. Le patient doit avoir une capacité d'échange et de communication, il doit pouvoir tolérer la création et l'existence de relations entre individus.

L'AFT n'a aucun critère de durée de séjour prédéfini. On trouve donc des séjours de très courte durée, sur du long terme, ou encore des intermédiaires tels que des séjours séquentiels ou à temps partiel.

L'indication d'un placement en famille d'accueil se détermine donc en fonction de la politique de soin de l'équipe, pour un patient donné, à un temps précis de son évolution personnelle, en examinant avec lui si d'autres orientations thérapeutiques seraient plus adaptées.

C'est donc à l'équipe d'encadrement d'évaluer la situation et les enjeux, de ne pas induire de danger potentiel, et de savoir entendre, au fil de temps, comment l'accueil évolue.

**Les contres-indications** à ce type de prise en charge sont propres à chaque équipe d'AFT et dépendent donc des modalités de fonctionnement des services, déterminées *a posteriori* par l'établissement. Néanmoins, certaines contre-indications se dégagent clairement et ce, de façon unanime, correspondant aux **pathologies paranoïaques, aux fonctionnements pervers, et aux états d'instabilité et de non-compliance aux soins qui risqueraient de compromettre la sécurité de la famille d'accueil elle-même.**

A noter également que « les malades hospitalisés sans leur consentement, d'office ou sur demande d'un tiers, ne peuvent faire l'objet d'un accueil familial thérapeutique » (*arrêté du 1<sup>er</sup> octobre 1990, art.3*). (Annexe 3)

**L'AFT n'est pas une fin en soi : comme tous les autres processus de soins psychiatriques, il n'a de sens que dans le cadre d'un projet de soin qui se réactualise sans cesse en fonction des besoins, attentes et évolutions du patient et de la famille d'accueil.**

#### I.3.3.4- Les acteurs [39]

##### **- Le patient**

Selon l'arrêté du 1<sup>er</sup> octobre 1990, article 1<sup>er</sup>, « **les personnes de tous âges, souffrant de troubles mentaux, peuvent bénéficier des services d'accueil familial thérapeutique** ». Sont ainsi concernés les patients « **susceptibles de retirer un bénéfice d'une prise en charge thérapeutique dans un milieu familial substitutif stable, en vue notamment d'une restauration de leurs capacités relationnelles et d'autonomie** ».

La personne accueillie s'engage à respecter le règlement intérieur propre à chaque service d'accueil familial.

Elle s'engage donc, entre autres à :

- Respecter les règles de la vie familiale
- Poursuivre des soins réguliers auprès de son médecin psychiatrique traitant
- Rencontrer régulièrement l'équipe d'AFT
- Préparer avec l'équipe AFT toute modification dans le cadre du projet thérapeutique
- Participer à la vie de famille

### - Les soignants

Placée sous la responsabilité d'un médecin psychiatre, **l'équipe pluridisciplinaire** est généralement composée d'infirmier(e)s, de psychologue(s), d'assistant(e)s socio-éducatif. Elle travaille conjointement avec les soignants référents du patient, qui ont fait la demande de placement en famille d'accueil.

L'accueil familial thérapeutique a un référent infirmier et un référent social, garants du cadre.

Je ne détaillerai pas ici les rôles des différents acteurs soignants ou sociaux car ils dépendent sensiblement de la structure et des modalités de fonctionnement des établissements. Néanmoins, loin de moi l'idée d'en faire une généralité, il me paraît essentiel de définir plus précisément le rôle de l'infirmier référent du patient, au cœur du projet thérapeutique.

L'infirmier intervient à trois niveaux : la famille d'accueil, la relation famille d'accueil-accueilli, et l'accueilli. Il est à l'écoute, et donne du sens à ce qui se vit dans la famille d'accueil.

Les solutions sont à trouver avec la famille d'accueil qui reste actrice, et avec l'accueilli.

Il pourra être utile de se référer au projet thérapeutique. Encore une fois, le partenariat est inscrit dans l'arrêté de 1990 : « la famille d'accueil doit agir dans le respect de l'accueilli, respecter le projet thérapeutique, recevoir l'équipe, favoriser les relations avec la famille naturelle, faire appel au généraliste en cas de problème somatique de l'accueilli ».

La visite infirmière est l'occasion de faire le point, de s'inscrire dans le temps, de baliser le parcours en pointant les difficultés éventuelles (problèmes comportementaux, relationnels, matériels, physiques...) qui demanderont des réponses à différents niveaux : médical (consultation avec le psychiatre ou le généraliste), entretien infirmier ou social, rencontre avec le responsable légal, contact avec la famille d'origine...

Il importe de valoriser le travail de la famille d'accueil et de le réinscrire dans le projet initial, de l'assurer du soutien de l'équipe pluridisciplinaire matérialisé par le suivi infirmier et social. De même qu'on valorisera les points positifs de la prise en charge, on valorisera également les aspects positifs de l'accueilli.

La prise en charge de l'accueilli est le résultat d'un travail en complémentarité avec des interlocuteurs variés comme les tuteurs, les médecins généralistes, les familles d'origine qui communiquent des éléments nouveaux ou donnent des informations essentielles concernant l'accueilli. Le milieu associatif, les activités en Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, les bailleurs, viennent renforcer le travail de réinsertion.

Concrètement, l'équipe, dans sa globalité, assure l'organisation, le soutien thérapeutique et le contrôle de l'accueil familial dans le respect du règlement intérieur.

Son rôle a été décrit par l'article 13 de l'arrêté du 1<sup>er</sup> octobre 1990, les missions pouvant lui être confiées sont donc :

- L'évaluation des candidatures des familles d'accueil : mesurer les motivations, qualités humaines et leurs aptitudes à héberger des patients ayant parfois un lourd passé psychiatrique.
- Contrôler l'aspect matériel de l'accueil, l'installation du malade, le respect de son confort et de ses droits.
- La préparation des patients, des familles d'accueil et des différents intervenants au projet d'accueil familial thérapeutique .
- Effectuer la mise en relation du patient et de l'unité d'accueil familial et suivre son évolution.
- Le soutien de l'accueillant familial.
- Le travail de réseau avec différents intervenants.
- Effectuer des entretiens au domicile de l'accueillant, permettant de vérifier si les conditions de vie, le climat affectif et les modalités d'hébergement sont satisfaisantes et le demeurent.

Cette équipe constitue donc le médiateur indispensable entre les divers partenaires de l'accueil. Elle a une approche globale des situations et peut articuler son projet de soin avec d'autres modes de soins alternatifs complémentaires.

### **- La famille d'accueil**

Pour recevoir des patients 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 leurs candidatures au directeur qui fait procéder à une enquête par l'équipe de soins pluridisciplinaire.

Etre accueillant familial est un métier à part entière, qui demande un réel investissement personnel.

L'AFT permet une évaluation précise et un accompagnement du malade dans les difficultés qu'il peut rencontrer dans sa vie de tous les jours, qu'il s'agisse de son rythme de vie, son hygiène, la gestion de son traitement et de ses repas etc. En ce sens, la famille d'accueil peut alors jouer un rôle « éducatif ». Dans une famille il y a des règles, des limites, des comportements, des façons de penser qui confèrent à la famille sa personnalité et qui ensuite, s'exportent vers la société. Il ne s'agit pas que la famille endosse l'impossible rôle de la famille idéale, mais qu'elle soit suffisamment aimante pour produire en son sein la sécurité nécessaire à la réalisation des besoins élémentaires de ses membres.

Elle offre également au patient un référentiel familial différent, bienveillant, mais avec moins d'enjeux affectifs que sa famille d'origine. Cette mise en situation nouvelle peut aussi permettre de mieux accéder à la réalité de l'histoire familiale du patient, étape parfois essentielle vers une certaine forme de guérison faite d'acceptation de soi et de sa maladie chronique.

Jean Claude Cébula (2003), (psychologue clinicien, Responsable de Formation et recherche en placement familial et Co-fondateur du GREPFA, Groupe de recherche européen en placement familial), définit ainsi l'accueillant familial :

« 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 » [10]

L'arrêté du 1<sup>er</sup> octobre 1990 avait intégré quelques obligations de l'accueillant avec le projet thérapeutique, entre autres :

- « La famille d'accueil doit s'attacher, avec l'équipe de soin, à reconnaître les besoins spécifiques des patients et y répondre. Elle contribue à l'insertion du malade dans l'environnement extérieur et participe au projet thérapeutique élaboré par l'équipe de soin »
- « L'accueillant doit recevoir l'équipe de soin, les personnes associées au traitement et accepter le contrôle ».

Etre accueillant c'est donc :

- Offrir un environnement relationnel stable et sécurisant.
- Obtenir l'adhésion de tous les membres de la famille.
- Partager sa vie de 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.

A l'inverse l'accueillant a l'interdiction :

- D'accueillir un patient dont l'un des membres de l'accueil familial assure la tutelle
- De recevoir un legs du patient accueilli ou toute autre somme d'argent

Il convient ici de préciser que la famille d'accueil n'a pas pour vocation de remplacer la famille d'origine.

La difficulté de ce type d'accueil réside donc 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. » [10]

Grâce à ses capacités naturelles, affectives et éducatives, la famille d'accueil fournit donc un climat propice à l'épanouissement humain du patient, favorise une évolution thérapeutique positive ainsi que des perspectives de réadaptation et de réinsertion sociales voire professionnelles.

#### I.3.3.5- Les enjeux [31]

Cette alternative à l'hospitalisation à temps plein qu'est l'accueil familial thérapeutique a pour objectif, tel que le stipulent les textes de : « Favoriser la réadaptation du patient et faciliter sa réinsertion. En ce sens il peut être un palier avant sa sortie définitive. À défaut, il peut constituer une transition avant une orientation à caractère social ou médico-social ».

Ainsi, si l'AFT peut, sur des durées de prise en charge assez prolongées, toucher les modalités de fonctionnement d'un patient, elle peut, sur des temps plus courts, servir de

passerelle entre deux temps de soins ou consolider les bénéfices d'une hospitalisation d'un sujet isolé.

Un des enjeux majeurs est d'ailleurs celui de la déchronicisation du patient. L'effet thérapeutique de l'accueil familial réside dans la confrontation à une réalité transcontextuelle. Déchroniciser consiste à accompagner le patient dans son intégration dans un contexte inconnu, en l'occurrence celui de la famille d'accueil, et par extension, celui de la société civile, contexte fait d'imprévisibilité requérant des ressources bio-psycho-sociales endormies par un séjour parfois prolongé à l'hôpital.

Pour que l'intégration d'un malade psychiatrique en famille d'accueil réussisse, il faut qu'on lui donne les moyens concrets d'affronter les exigences de la vie en société. C'est l'objectif même de l'AFT que de positionner le malade en tant qu'acteur de son soin dans une marche vers une citoyenneté à recouvrer. Cette conception nouvelle de prise en charge réveille les capacités de résilience du malade.

Etymologiquement, le mot « résilience » vient du latin *resalire* qui signifie « re-sauter ». Il s'agit donc de sauter à nouveau, mais en changeant de contexte sans oublier les raisons qui ont motivé le besoin de résilience. Etre résilient signifie ne plus être prisonnier de son passé, au contraire il s'agit de s'en dégager. L'accueil familial de par l'inculturation socialisante et l'aide, le soutien ponctuel ou continu qu'elle apporte est en mesure d'accompagner le patient dans cette démarche.

On pourrait dire que l'accueil familial thérapeutique évite l'exclusion du fait même de l'insertion le tissu social. Retenons essentiellement que l'accueil familial thérapeutique vise à :

- Offrir aux personnes accueillies la possibilité de vivre dans une famille avec le soutien d'une équipe pluridisciplinaire (suivi médical, psychiatrique, psychologique, social et infirmier).
- Assurer un relais entre une hospitalisation et un retour à une vie plus indépendante ;
- Permettre une évolution et une autonomisation dans le cadre du projet thérapeutique ;
- Etablir des relations affectives et restaurer les capacités relationnelles dans un climat familial chaleureux.
- Procurer un mode de vie stable dans un environnement extérieur sécurisant et structurant.
- Insérer le patient dans la cité et le tissu social avec le support et la continuité du suivi thérapeutique.

- Aider à vivre une vie relationnelle et affective plus qualitative et valoriser le lien social.
- Proposer une prise en charge satisfaisante en fonction des accueillis, « de leur degré de dépendance, de l'évolution de leur pathologie à un moment donné, de l'appui familial dont ils peuvent disposer » pour reprendre les termes du SROS.[37]

La maladie mentale amène le patient à une diminution de ses relations sociales, à la perte de sa position sociale, à un émoussement affectif, à une perte d'autonomie, de compétences, à un dérèglement comportemental. La famille d'accueil et l'équipe vont travailler à compenser ces déficits, à développer les points positifs de la personnalité de l'accueilli en établissant des objectifs concrets, simples et réalisables

## **I.4- L'ergothérapie**

### **I.4.1- Définition et compétences**

Pour définir précisément ce qu'est l'ergothérapie, j'utiliserai le nouveau référentiel d'activités défini par l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute. (Annexe 2)

Il décrit l'objectif principal de l'ergothérapie comme étant « de maintenir, de restaurer, et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et, ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement ». L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société.

L'ergothérapeute agit sur prescription médicale, dans le secteur sanitaire et social au sein d'instituts sanitaires, médico-sociaux, sociaux, mais aussi dans le milieu de vie par le biais d'associations ou des Maisons Départementales pour les Personnes Handicapées (MDPH).

La pratique de l'ergothérapie se fonde sur le lien entre l'activité humaine et la santé, par l'étude et la compréhension de l'interaction personne – activité – environnement.

L'ergothérapeute exploite le *potentiel thérapeutique de l'activité* pour :

- proposer à la personne de s'investir dans des activités en lien avec son projet de vie
- favoriser l'amélioration des fonctions déficitaires
- développer les capacités résiduelles et solliciter les capacités d'adaptation et d'évolution
- réduire ou supprimer les situations de handicap

- permettre à la personne de conserver son potentiel physique, cognitif, psychique, sensoriel et relationnel.

L'ergothérapeute accompagne la personne dans l'élaboration de son projet de vie. Pour répondre à cet objectif, l'ergothérapeute collabore avec la personne, son entourage, l'équipe médicale et paramédicale afin d'établir un projet d'intervention pertinent, il s'appuie sur un cadre d'intervention repéré dans le temps et l'espace et évalue les capacités et déficiences, les éléments significatifs de l'environnement humain et matériel et les situations de handicap de la personne.

Il met en œuvre des soins et des interventions de prévention, d'éducation thérapeutique, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale visant à réduire et compenser les altérations et les limitations d'activité, développer, restaurer et maintenir l'indépendance, l'autonomie et l'implication sociale de la personne. (Annexe2)

#### **I.4.2- L'ergothérapie en psychiatrie [26]**

Porteur du concept d'autonomie, l'ergothérapeute propose son aide aux personnes en difficulté dans leur projet de réadaptation et réinsertion. Les objectifs de son activité s'articulent autour d'un point central : la personne actrice du soin. Autour de ce point, l'ergothérapeute va fixer des objectifs en accord avec le projet de vie de la personne.

L'ergothérapeute peut exercer sa pratique dans différentes structures. Il a une place en intra-hospitalier au moment de la gestion de la crise (hôpital psychiatrique, clinique, ...). Ici, l'ergothérapeute aide la personne à faire face à ses symptômes, à les inhiber au maximum et à élaborer un projet de vie. Le travail en extra-hospitalier tend à promouvoir une réinsertion sociale afin que la personne acquière une autonomie suffisante pour vivre en société. L'ergothérapeute aide et soutient donc la personne pour qu'elle atteigne un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté, dans la mesure des capacités et de la volonté de la personne.

En d'autres termes, l'ergothérapeute soutient la personne pour qu'elle atteigne un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté.

Afin d'effectuer une prise en charge individualisée et au plus proche des besoins du patient, l'ergothérapeute commence par **évaluer les capacités et incapacités du patient**. C'est une des étapes primordiales de la prise en charge en ergothérapie. Cette évaluation peut se faire par

un entretien, des questionnaires, une évaluation standardisée, des mises en situations etc. Elle permet également d'évaluer l'environnement du patient, ses habitudes de vie, ses projets, son contexte de vie familial, sentimental et professionnel. Elle ouvre la voie à une approche véritablement centrée sur le patient, ses besoins, ses intérêts et ses objectifs.

Ainsi, l'ergothérapeute cherchera à faciliter la récupération ou le développement des fonctions cognitives (l'attention, la concentration, la mémoire, la résolution de problèmes, etc.), affectives (par exemple, le contrôle des émotions) et sociales (la connaissance des règles sociales, la capacité à s'adapter au contexte social, etc.) nécessaires pour vivre un quotidien satisfaisant.

Il l'aide à déterminer les difficultés qui découlent de son problème de santé, à rétablir de façon optimale ses capacités fonctionnelles physiques et psychiques, et à s'adapter à ses limites fonctionnelles.

Ultérieurement, l'ergothérapeute évaluera la possibilité que le patient puisse retourner à son domicile. Si un tel retour n'est pas possible, il pourra intervenir en ciblant l'intérêt et les perspectives d'insertion dans d'autres milieux de vie.

En psychiatrie, l'objectif principal de l'ergothérapeute est de favoriser le processus d'adaptation du patient à son contexte de vie avec sa maladie et ses incidences. Pour cela il établit une connaissance approfondie de la personne en termes de capacités, d'attentes, d'environnement.

L'ergothérapeute tient donc une place essentielle dans le processus de réhabilitation psychosociale en tant que professionnel de la réadaptation.

#### **I.4.3- L'ergothérapeute au cœur de la réhabilitation psychosociale**

J'ai défini précédemment la réhabilitation psychosociale en me basant sur une citation de W.Antony : « Augmenter les capacités de la personne jusqu'à ce qu'elle puisse fonctionner avec succès et satisfaction dans l'environnement de son choix avec, idéalement, un minimum d'intervention professionnelle ». [4] Il s'agit en fait de sortir d'une vision purement médicale de l'exercice professionnel pour s'intéresser à la personne dans sa globalité. L'ergothérapie a donc toute sa place à prendre dans ce processus.

En règle générale, le parcours de réhabilitation du patient en ergothérapie est organisé autour de 3 grands axes de prise en charge :

- **Un accompagnement d'urgence** essentiellement réalisé en institution et dont l'objectif principal est la prise en charge d'une répercussion massive de la pathologie sur les fonctionnements de l'individu.
- **Un accompagnement intermédiaire**, dont l'objectif est essentiellement la prise en charge des symptômes résiduels (gênant les processus d'insertion).
- **Un accompagnement centré sur le retour au lieu de vie**, vers un projet de vie autonome si possible. [27]

L'ergothérapeute en psychiatrie apparaît comme un intervenant central dans le continuum des services de réadaptation, d'adaptation et de soutien à l'intégration sociale des personnes aux prises avec des problèmes de fonctionnement dans leur quotidien. L'ergothérapeute, en tant que membre de l'équipe pluridisciplinaire, apporte des compétences spécifiques en ce qui concerne l'impact des déficits, liés à la pathologie mentale, sur les rôles sociaux et les habitudes de vie d'un individu au sein de son environnement. Il propose des interventions thérapeutiques afin que la personne puisse intégrer ou réintégrer ses rôles dans son milieu de vie. [13] [26]

Malheureusement, le retour au milieu de vie initial est parfois compromis par les manifestations des troubles du patient, des hospitalisations trop longues ou répétées. C'est pourquoi des solutions intermédiaires peuvent être envisagées afin de permettre de réacquérir une autonomie dans la vie quotidienne, un soutien à la fois social et médical, une ouverture vers l'extérieur, hors les murs de l'hôpital. Parmi ces solutions, l'accueil familial thérapeutique. En effet ce type de prise en charge présente tout les ingrédients de mise en situation de réhabilitation psychosociale. Les cinq grandes sphères constitutives de l'autonomie sociale : les soins personnels, la gestion de la vie quotidienne, la gestion des ressources, les relations avec l'extérieur, la vie affective sont mobilisés.

C'est à partir de ce constat que je me suis posé la question du rôle et de l'intérêt que peut avoir l'ergothérapeute dans le placement, le suivi et l'évolution du patient en accueil familial thérapeutique ?

Les compétences de l'ergothérapeute au sein d'un service d'accueil familial thérapeutique favorisent-elles une réhabilitation du patient ?

De ce point de vue, quels seraient alors les modèles, théories ou concept pouvant rendre compte des moyens mis en place en accueil familial thérapeutique pour parvenir à une réhabilitation du patient ?

J'aborderais donc, la théorie d'Abraham Maslow, développant les besoins de l'individu pour parvenir à un accomplissement personnel. L'approche systémique du Processus de Production du Handicap permettra de prendre en compte les facteurs personnels, environnementaux et les habitudes de vie du patient et de la famille. Enfin, je prendrai appui sur différentes théories de communication permettant de mettre en exergue le rôle de l'ergothérapeute dans ce domaine.

## II- PROBLEMATIQUE THEORIQUE

D'après M .C. Morel-Bracq, : « un modèle conceptuel est une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique. Le « cadre de référence » est la partie théorique qui sert de repère pour l'application pratique que nous nommerons modèle ou approche ».

### **II.1- La pyramide de Maslow**

#### **II.1.1-Définition** [21]

Le psychologue Abraham Maslow, après son étude sur le comportement humain de 1939 à 1943, définit une hiérarchisation des besoins humains, dans le but de définir les leviers de la motivation. Son raisonnement est qu'un besoin supérieur ne peut apparaître que quand les besoins inférieurs sont comblés.

Selon Maslow, les besoins humains sont donc organisés selon une hiérarchie où, à la base, on retrouve les besoins physiologiques élémentaires et au sommet, les besoins d'accomplissement d'ordre supérieur. Ce sont ces besoins qui créent la motivation humaine.

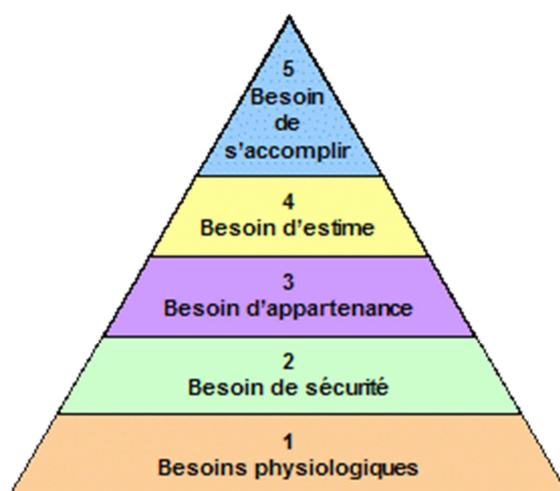
- A la base de la pyramide se situent les besoins de maintien de la vie (respiration, alimentation, élimination, maintien de la température, repos et sommeil, activité musculaire et neurologique, contact corporel, vie sexuelle). Ces besoins sont fondamentaux.

En effet, un manque, une privation auront obligatoirement un impact sur les autres besoins, car la construction des étages supérieurs est alors impossible

- L'étage au-dessus représente les besoins psychologiques : de sécurité (protection physique et psychologique, emploi, stabilité familiale et professionnelle), de propriété (avoir des choses et des lieux à soi) et de maîtrise (pouvoir sur l'extérieur).
- Le 3° étage est représenté par les besoins sociaux : d'affectivité (être accepté tel que l'on est, recevoir et donner amour et tendresse, avoir des amis et un réseau de communication satisfaisant), d'estime de la part des autres (être reconnu comme ayant de la valeur) et d'appartenance (on vit en société et notre existence passe par l'acceptation des autres avec leurs différences, ainsi que par l'appartenance à un groupe).

Si ces besoins de base sont satisfaits, il y a apparition, selon ce que l'on appelle le principe d'émergence, d'autres besoins dits besoins secondaires de développement, qui sont plus de l'ordre de la réalisation de soi, comme être libre, que du comblement de manques.

- Le quatrième étage, c'est le besoin d'estime de soi-même : sentiment d'être utile et d'avoir de la valeur, point de départ de l'acceptation de soi et du développement de l'indépendance.
- Ce besoin une fois satisfait, on peut alors accéder au sommet de la pyramide, arriver à la réalisation de soi (accroître ses connaissances, développer ses valeurs, "faire du neuf", créer de la beauté, avoir une vie intérieure) et, comme dit Nietzsche, "devenir ce que nous sommes".



### **II.1.2- Lien avec mon étude** (Annexe 4)

Partant de ce principe, où l'homme doit satisfaire ses besoins élémentaires afin de parvenir à un accomplissement personnel, il semble intéressant de se poser la question du devenir et des possibilités d'accomplissement en ce qui concerne une personne atteinte de troubles mentaux. En effet comme je l'ai précédemment évoqué dans la problématique pratique, un sujet psychotique doit faire face au quotidien, à de nombreuses difficultés induites par ses troubles. Le parcours vers une réhabilitation psychosociale peut alors se trouver perturbé par un manque de cadre familial, affectif, des hospitalisations prolongées ou récurrentes, une instabilité qui ne saurait procurer les besoins dont parle Maslow.

Ainsi, la famille d'accueil et l'équipe de soin d'un service d'accueil familial thérapeutique sont-elles à même d'aider le patient vers un accomplissement personnel lui permettant cette réhabilitation dans la société ?

- **En terme de besoins physiologiques**, la famille d'accueil assure un toit, de la nourriture, un lit au patient, qui peut ainsi satisfaire ses besoins élémentaires. De plus, le patient est assuré en famille d'accueil de pouvoir vivre dans un environnement confortable (chauffage, eau chaude...) ce qui préserve sa santé physique. Toutes les conditions sont donc réunies pour accéder à l'étage supérieur.
- **Les besoins psychologiques** sont ici assurés par le cadre protecteur qu'induit un **environnement familial**. Les besoins de sécurité physique sont d'une part comblés par le logement stable dont dispose le patient, la sécurité des revenus et des ressources. D'autre part, la sécurité psychologique est assurée par l'espace de vie familiale protecteur et idéalement accompagné d'une sécurité affective dénuée de tout jugement de valeur. L'équipe de soin aura ici également un rôle important à jouer puisqu'il lui incombera de déceler et d'aider à remédier aux difficultés, aux incertitudes, aux angoisses et problèmes qui peuvent survenir au quotidien chez le patient ou la famille d'accueil.
- **Les besoins sociaux et d'appartenance** peuvent ici clairement être apportés par la famille d'accueil. La notion même de « famille » prend ici tout son sens puisqu'elle inclut le patient dans ce groupe restreint vivant sous le même toit et partageant leur quotidien. La proximité de l'entourage, des voisins, amis de la famille, confère au patient une possibilité d'intégration sociale qu'il ne pourrait pas forcément avoir au sein d'une institution.
- **Le besoin d'estime** prolonge le besoin d'appartenance. **Le soutien que confère la famille peut ici être primordial à l'évolution du patient**. La famille doit donc veiller à avoir la « bonne place » auprès du patient afin de lui permettre de conserver ou recouvrer son identité, son autonomie. Malheureusement il est parfois difficile de trouver la juste distance pour ces familles qui ne sont en aucun cas des soignants ou professionnels de la santé. Elles agissent donc avec simplicité et neutralité, c'est ce qui fait la force de cette prise en charge, mais aussi parfois sa faiblesse. Le rôle de l'équipe pourra être ici important, afin de permettre aux familles de situer les objectifs, les tenants et aboutissants du projet du patient pour l'accompagner au mieux dans son processus de réhabilitation, d'évolution, d'accomplissement de soi.
- **Le besoin de s'accomplir** : Hors les murs de l'hôpital, la personne aura plus facilement accès à son épanouissement personnel, à la réalisation de soi et à la découverte de ses

**compétences**. Cet ancrage au sein de la société via une famille qui supporte, aide, stimule la personne lui permettra de se faire une place : ne plus être considéré comme patient mais comme individu à part entière, évoluant au sein d'un groupe.

Il ne faut pas oublier non plus que **la famille d'accueil sera dans la plupart des cas un tremplin vers un autre projet, d'autres perspectives de réinsertion socioprofessionnelle**. Bien sûr, chaque personne est différente, chaque projet singulier. De ce fait, il paraît important de situer la personne dans sa globalité, de s'attacher à son parcours, son identité, son environnement et ses habitudes de vie. Ainsi j'aborderai ici un tout autre modèle, prenant en compte ces facteurs : Le processus de production du handicap.

## **II.2- Le Processus de production du Handicap (PPH)**

### **II.2.1- Le cadre conceptuel** [18] [25]

Selon Morel-Bracq (2009), la base d'un modèle systémique repose sur le fait qu'un élément est toujours considéré comme étant en interaction avec d'autres et que l'ensemble de ces éléments forment un système. Dès lors, **un individu ne peut être pris en compte que dans son ensemble incluant les relations qu'il établit avec le système dans lequel il évolue**. [25]

L'élaboration du PPH par Patrick Fougeyrollas et son équipe a été amorcée à la fin des années 1980. Le PPH est en évolution depuis le début des travaux sur ce modèle.

Le processus de production du handicap est « un modèle interactif non linéaire mettant en évidence les facteurs personnels et les facteurs environnementaux, humains et matériels, qui peuvent influencer sur l'apparition des situations de handicap. Il met en évidence également l'interaction avec les habitudes de vie de la personne qui sont liées aux facteurs personnels et aux facteurs environnementaux. » [18]

Fougeyrollas et son équipe (1998) donnent les définitions suivantes des termes employés:

- **Un facteur de risque** est défini comme « un élément appartenant à l'individu ou provenant de l'environnement susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne ». Il y a quatre

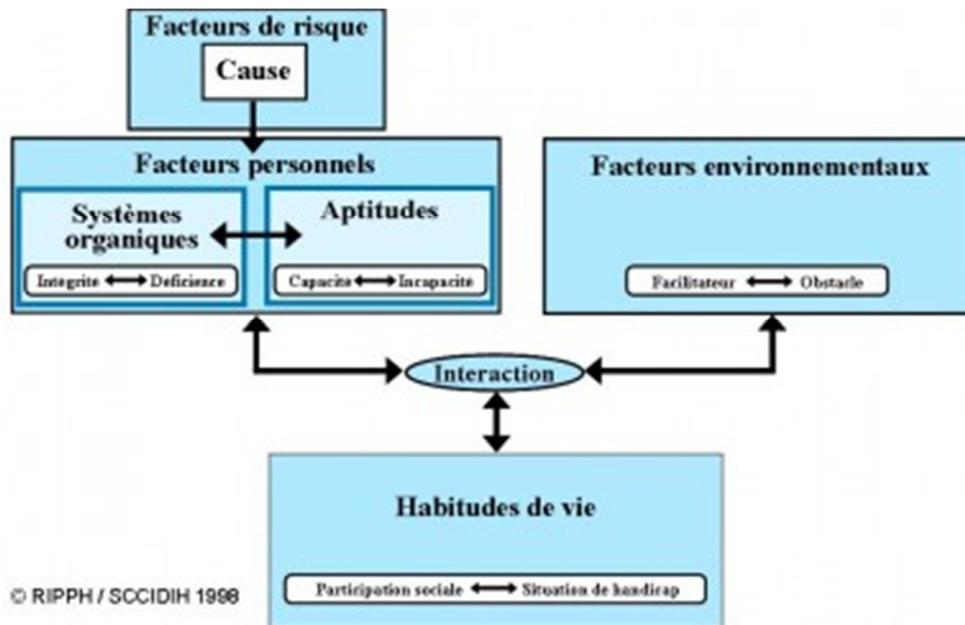
grandes catégories de facteurs de risque : les risques biologiques, les risques liés à l'environnement physique, les risques liés à l'organisation sociale, les risques liés aux comportements individuels et sociaux.

- **Les facteurs personnels** sont des caractéristiques qui appartiennent à la personne elle-même, ils sont constitués des systèmes organiques et des aptitudes.

Un système organique est « *un ensemble de composantes corporelles visant une fonction commune* » (par exemple : système oculaire, système musculaire, système squelettique...).

- La dimension des **facteurs environnementaux** regroupe les composantes situées à l'extérieur de la personne. Un facteur environnemental correspond à « *une dimension sociale ou physique qui détermine l'organisation et le contexte d'une société* ». On retrouve deux grandes catégories : les facteurs sociaux (politico-économiques et socio-culturels) et les facteurs physiques (nature et aménagements). Les facteurs environnementaux sont classés en facilitateurs ou obstacles : un facteur facilitateur favorise la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels, alors qu'un facteur obstacle l'entrave.

- **Les habitudes de vie** renvoient à la performance de la personne dans ses activités de la vie quotidienne. Une habitude de vie est définie comme « *une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socio-culturel selon ses caractéristiques (âge, sexe, identité socio-culturelle...).* Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence. »



## II.2.2- Lien avec mon étude (Annexe 4)

Cette approche systémique me semble indispensable dans la prise en charge d'un patient psychotique en famille d'accueil. En effet ce dernier évolue dans un milieu social, familial substitutif et culturel auquel il doit s'adapter en permanence. La famille qui prend part au projet doit également s'investir auprès du patient pour lui permettre d'accéder à la demande initiale, elle doit donc s'adapter au patient, sa pathologie, son fonctionnement. L'équipe de soin quant à elle interagit avec le patient et la famille afin de permettre aux deux entités d'accéder à la demande du patient, à son projet. Il y a donc une interaction permanente entre les 3 systèmes que sont la famille d'accueil, le patient et l'équipe soignante, qui prend constamment en compte des facteurs personnels, environnementaux et les habitudes de vie de chacun.

- **Les facteurs personnels :** L'identité socioculturelle du patient tiendra une place prépondérante dans l'indication du placement en famille d'accueil. En effet, **ce projet se fait en accord avec le patient, il doit donc s'inscrire dans une démarche de réhabilitation, d'évolution, d'engagement et de motivation sans lesquels le placement en famille d'accueil n'aurait aucune légitimité.** L'équipe soignante se doit alors de prendre en compte tous ces facteurs afin de proposer une prise en charge adaptée et personnalisée. Les capacités et incapacités pourront être évaluées afin de remédier aux dysfonctionnements pouvant apparaître lors de la prise en charge en famille d'accueil.

- **Les facteurs environnementaux** : le patient devra s'adapter à son nouveau lieu de vie, sa nouvelle maison, parfois sa nouvelle ville. Cela demande un soutien constant de la famille et de l'équipe soignante, représentant ici les facteurs humains, étroitement liées et impliquées dans le projet du patient.
- **Les habitudes de vie** : le patient, comme la famille d'accueil, présentent des habitudes de vie qui leur sont propres, de part leur passé, leurs expériences de vie. Ils devront donc évoluer, l'un comme l'autre en prenant compte de cette nouvelle situation, en s'adaptant aux habitudes et fonctionnements de l'autre, en se positionnant de façon adéquate et appropriée auprès des personnes qui partagent leur quotidien. C'est une étape qui peut être difficile dans ce type de prise en charge. **L'équipe soignante, toujours dans l'objectif d'un projet thérapeutique pour le patient, assure alors le suivi au quotidien du patient et de la famille, peut permettre de désamorcer certaines situations conflictuelles ou complexes qui pourraient à long terme être un frein à la réhabilitation du patient.**

Dans cette optique, je me suis donc demandé quel concept pourrait rendre compte de la place de l'ergothérapeute dans cette prise en charge. La théorie de la communication m'a paru être intéressante de par la place qu'occupe l'interaction constante entre patient, famille et équipe et de la nécessité d'une communication adéquate entre ces différents acteurs tout au long du suivi de la prise en charge.

### **II.3- La communication** [22]

En latin *communicare* signifie « mettre en commun, être en relation ». Ce n'est qu'à partir de la fin du XVIème siècle que le mot « communiquer » prend la signification courante de nos jours de « transmettre ». Cependant, les théories modernes de la communication considèrent celle-ci comme un acte, dont l'information est le produit. La communication est définie en l'occurrence comme un système de comportement intégré, qui a pour effet d'ajuster, de calibrer, de rendre possibles les relations humaines.

Plusieurs chercheurs se sont intéressés à la communication et ont élaboré différents modèles : je m'attacherai ici à étudier exclusivement deux de ces modèles : L'école de Palo Alto et le modèle de Shannon et Weaver

## **II.3.1- Modèle de Shannon et Weaver (1949)**

### II.3.1.1- Définition

Le modèle élaboré par Shannon et Weaver (figure 3) en 1949 est issu des travaux effectués par des ingénieurs en télécommunications, aidés de mathématiciens, et répondait à une question fondamentale pour l'industrie du téléphone et du télégraphe à l'époque : comment améliorer la transmission d'une information, d'un signal, d'un point à un autre ?

Selon ce modèle, la communication peut donc être définie comme la transmission d'un message d'un endroit à un autre. Elle repose sur la mise en relation d'un émetteur et d'un destinataire ou récepteur.[22]

- Tout d'abord la source d'information produit un message (correspondant au produit de la communication). L'émetteur, souhaitant donner une information, la traduit en un langage compréhensible pour le destinataire : c'est le codage. Le codage correspond à un ensemble de signes et de combinaisons de signes (éléments verbaux et non verbaux).
- Le message ainsi élaboré est véhiculé par un support physique : le canal de la communication, qui se définit par les moyens techniques, sonores ou visuels auxquels l'émetteur a recours pour assurer l'acheminement de son message vers le récepteur.
- Le récepteur reçoit le message et va pouvoir se l'approprier et le comprendre grâce à une activité de décodage.

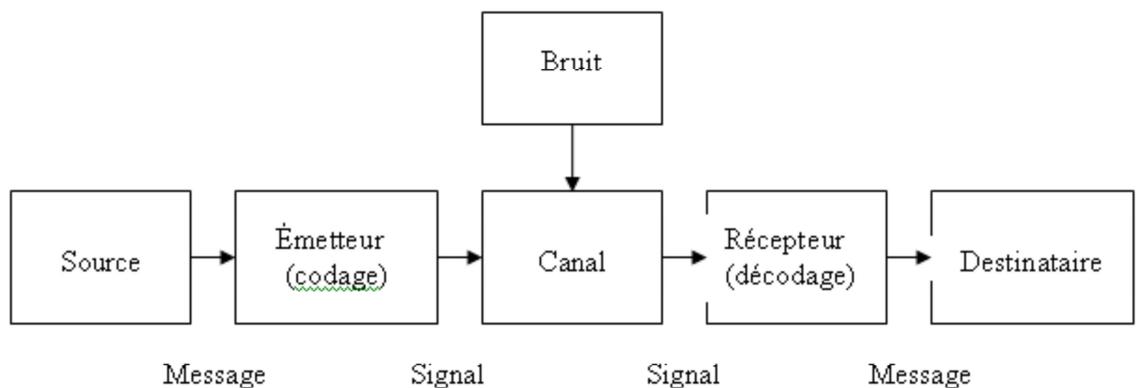


Figure 3 : schéma du modèle de la communication selon Shannon et Weaver (1949).

Selon Abric, (1999) pour être efficace, ce système doit prendre en compte le feed-back : c'est-à-dire la boucle de rétroaction du récepteur vers l'émetteur. Il s'agit pour le récepteur d'être capable d'intégrer le message, d'en ré-exprimer le contenu sans déformation, mais aussi de ré-exprimer les sentiments que le message implique. Cela suppose une attention maximale aux signes verbaux mais également non verbaux. [1]

### II.3.1.2- Lien avec mon étude (Annexe 4)

La communication tient une place importante dans le suivi du patient en famille d'accueil. J'ai donc tenté de mettre en lien les critères de la théorie de Shannon et Weaver avec la communication pouvant s'établir dans ce type de prise en charge.

- L'émetteur et le récepteur ne sont pas vraiment dissociables ici car la communication se doit d'être tri-directionnelle pour prendre en considération tout les acteurs du projet de vie.

- Le contenu du message (codage) pourra être verbal et/ou non verbal. Divers moyens seront utilisés pour permettre les interactions entre les intervenants, le patient, la famille. L'ergothérapeute, au sein de l'équipe, participera : aux transmissions pluridisciplinaires, aux réunions de synthèse, à l'analyse et à l'expression en terme de capacités/incapacités des difficultés du patient, aux conseils ou « éducation thérapeutique » prodigués à la famille, aux visites à domicile et évaluations effectuées auprès de la famille et du patient, à la prise en charge du patient en atelier, pour une mise en situations d'activités si besoin.

- Les canaux de communications, c'est-à-dire les supports utilisés pour transmettre le message seront ici divers : le dossier du patient, son projet de soin, de vie, le carnet de liaison entre la famille et l'équipe permettant de transmettre les comportements du patient au quotidien.

- Le feed-back sera un élément primordial à ne pas négliger durant le suivi du patient. En effet, les évaluations, les visites à domicile, mises en situation, et une communication adéquate, permettront de s'assurer de la compréhension du message par la famille. Cela nécessite donc que l'information transmise soit adaptée.

Dans sa définition, Shannon présente la communication comme un modèle linéaire et séquentiel sans prendre en compte l'aspect humain, social et environnemental de la communication. Ainsi, en partant du schéma de communication de Shannon, d'autres chercheurs tels que Watzlawick et Jakobson ont élaboré un modèle de communication plus systémique.

### **II.3.2- L'école de Palo Alto**

#### **II.3.2.1- Définition [16]**

L'école de Palo-Alto est une dénomination générique pour désigner un ensemble de chercheurs ayant travaillé ensemble dans la petite ville de Palo-Alto près de San Francisco. Le terme désigne des chercheurs ayant eu des affinités de travail communes : la thérapie clinique et les théories de la communication inter-individuelle. Ces chercheurs, Bateson et Jakobson dans un premier temps, Watzlawick et quelques autres dans un second temps, ont mené des études permettant de comprendre comment fonctionnent les interrelations entre individus et groupes, et particulièrement les interactions "malades" dans le cadre d'opérations thérapeutiques.

En observant comment les individus réussissent leurs actions, et aussi, pour reprendre une expression humoristique de Paul Watzlawick **comment "ils réussissent à échouer"**, l'école de Palo Alto a pu déterminer un certain nombre de règles régissant les individus entre eux.

Pour cela l'école de Palo Alto s'appuie entre autres sur des théories systémiques de Bertalanffy dans le contexte bien spécifique de l'étude des relations humaines. Ce point de départ fut considéré comme une révolution dans l'approche des phénomènes de communication dans la mesure où il substitue à une démarche analytique, une démarche globale, complexe et dynamique. Ainsi son établit 5 axiomes :

- « *On ne peut pas ne pas communiquer* »: Comprenons par là : « Le silence en dit parfois plus que 1000 mots ». L'axiome dit que l'on communique dans n'importe quelle situation sociale, on révèle toujours quelque chose, même si on ne parle pas. Tout comportement (non verbal ou verbal) a un caractère d'information où les gens ne peuvent pas *ne pas* se comporter.
- « *Toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation, tels que le second englobe le premier et par suite est une métacommunication* » : dans chaque

message se trouvent deux aspects. L'aspect du contenu communique des informations et des données, il représente donc le “pourquoi” du message et est transmis, la plupart du temps, verbalement, c'est-à-dire par la communication linguistique. L'aspect relationnel détermine la façon dont l'émetteur aimerait que l'information soit comprise par le récepteur, il représente donc le “comment” du message.

Métacommuniquer, c'est échanger sur sa propre communication au niveau du contenu ou au niveau de la relation.

- « *La nature d'une relation dépend de la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires* » : La communication est un échange entre partenaires et ce que fait l'un a une incidence sur les autres et vice versa.
- « *La communication humaine utilise simultanément deux modes de communication : digital et analogique* »
- « *La communication est soit symétrique, soit complémentaire* »: Les relations peuvent reposer sur l'égalité ou l'inégalité. Lors d'une forme relationnelle complémentaire, il existe un rapport de domination et de subordination qui provient souvent des rôles attribués socialement, par exemple l'enseignant et l'élève, le patron et le collaborateur, les parents et les enfants, etc.

### II.3.2.2- Lien avec mon étude (Annexe 4)

Les axiomes présentés peuvent donc être mis en lien avec l'accompagnement du patient et de la famille au cours du parcours d'AFT.

- « On ne peut pas ne pas communiquer ». Les troubles psychotiques induisent parfois des comportements pouvant être mal interprétés par la famille. L'équipe et l'ergothérapeute peuvent de ce fait intervenir auprès de la famille afin de traduire en incapacités et capacités les comportements pathologique du patient au quotidien.

- La métacommunication est indispensable lors de la résolution des problèmes ou difficultés pouvant être verbalisés par la famille. C'est la notion de feed-back, détaillée précédemment. L'intérêt de communiquer sur le contenu est alors de s'assurer de la compréhension du message, par le biais d'évaluation, de visite à domicile par exemple. C'est aussi pouvoir réitérer

l'information sous une autre forme si besoin. L'ergothérapeute pourra donc par le biais de mise en situation en activité, faire le point et permettre de compenser les difficultés du patient.

- Le troisième axiome rend compte de l'incidence que peuvent avoir les partenaires les uns sur les autres. Cela implique donc une étroite collaboration et une franche implication entre les acteurs du système. En effet, la réalisation du projet du patient ne saurait être menée à terme s'il y a un désengagement de l'une des parties.

- Le quatrième axiome me paraît peu pertinent pour mon étude, c'est pourquoi je ne le détaillerais pas ici.

- Enfin la prise en charge doit être fondée sur une relation symétrique entre les parties. Les différents intervenants dans ce parcours doivent être unis et faire preuve de respect réciproque. Bien que non-soignante, la famille ne doit pas être considérée comme inférieure à l'équipe de soin. Sa place est primordiale, au cœur du projet du patient, elle sera fortement influente quant à l'évolution du projet. C'est pourquoi l'équipe devra prendre en compte les informations fournies par la famille, mais également ses ressentis et opinions face au projet.

### **III.1- Choix de la méthode**

Afin de vérifier mon hypothèse de recherche, il m'a fallu faire le choix d'un type de méthode de recherche qui serait le mieux adapté à mon sujet. J'ai donc choisi de m'orienter vers une démarche clinique.

Mireille Cifali (1996) souligne que la démarche clinique « n'appartient donc pas à une seule discipline ni n'est un terrain spécifique, c'est une approche qui vise un changement, se tient dans la singularité, n'a pas peur du risque et de la complexité, et co-produit un sens de ce qui se passe. Elle se caractérise par : une nécessaire implication; un travail sur la juste distance; une inexorable demande; une rencontre intersubjective entre des êtres humains qui ne sont pas dans la même position; la complexité du vivant et le mélange imparable du psychique et du social. » [11]

Cette méthode, qui se doit de prendre en compte les avis et positions de différents acteurs aux domaines, compétences et fonctionnement différents, m'a paru la plus adaptée à mon étude. En effet, la prise en charge en famille d'accueil thérapeutique implique une relation étroite entre patient, famille et soignants, qui interviennent tous dans un objectif commun mais avec des moyens différents.

Dans le cadre de mon mémoire, j'ai ainsi cherché à connaître les points de vue des personnes interrogées en fonction de leur propre expérience et de la place à laquelle elles se situent dans la prise en charge. Cela, dans le but de déterminer quel pourraient être les domaines et situations qui relèveraient des compétences de l'ergothérapeute dans un objectif de réhabilitation psychosocial du patient.

### **III.2- La population**

Le choix de la population fut un choix remis en question à plusieurs reprises au cours de l'élaboration de ce mémoire. Dans un premier temps, j'avais fait le choix d'interroger

exclusivement des ergothérapeutes travaillant en service d'accueil familial thérapeutique, je me suis vite heurtée à un problème d'envergure pour trouver ces ergothérapeutes, et pour cause, il en existe très peu. Une enquête exploratoire m'a donc amenée à contacter un bon nombre de structures en France. Sur une cinquantaine de services d'accueil familial interrogés, seulement deux disposaient d'un poste d'ergothérapeute. L'un d'entre eux étant un accueil familial social, il ne pouvait correspondre à mes critères de recherche. Le deuxième service cherchait activement depuis plusieurs mois à embaucher un ergothérapeute.

Malgré ces réponses négatives, plusieurs des structures contactées se sont dites intéressées par ma recherche, une fois celle-ci terminée. C'est ce qui m'a permis de ne pas me décourager, et d'aborder un peu différemment mon sujet. Mon objectif fut alors d'interroger le personnel soignant, une famille et un patient au sein d'une même structure et ne disposant donc pas d'ergothérapeute. Les résultats me permettraient ainsi d'avoir plusieurs points de vue sur la prise en charge en accueil familial thérapeutique et de déterminer si l'ergothérapeute aurait sa place dans ce type de suivi.

Mon choix fut encore modifié à la suite de l'entretien du patient qui s'est révélé ne pas être exploitable, mais je reviendrai sur ce point plus tard.

### **III.3- Choix des outils et élaboration de la matrice**

Le choix fut plus simple en ce qui concerne le choix de l'outil d'investigation. L'entretien m'a paru le moyen le plus adapté pour tenter de répondre à ma problématique. Le fait de laisser plus ou moins libre cours au développement et à l'argumentation des pensées du sujet correspondait aux informations que je souhaitais idéalement obtenir dans mon étude et à ma manière d'entrevoir ce travail qu'est l'élaboration d'un mémoire : Un travail méthodologique, de réflexion sur un sujet, sur une situation, sur soi-même parfois, mais aussi une approche nouvelle de l'autre, un échange humain.

L'entretien repose sur l'élaboration d'une matrice théorisée (annexe 4), constituée par la pyramide de Maslow, le PPH et la théorie de la communication, développés dans ma problématique théorique. A partir de ces notions j'ai pu faire ressortir des critères, détaillés en

plusieurs indicateurs. Les indices, quant à eux, permettent de faire le lien entre la théorie et l'objet de mon étude, et ainsi d'élaborer mes questions d'entretien.

J'ai fait le choix d'effectuer des entretiens semi-directifs, c'est-à-dire composés d'une liste de questions ouvertes préétablies. En comparaison avec les entretiens directif et non directif, le semi directif apporte une plus grande liberté d'expression tout en ciblant l'orientation du discours et en canalisant les réponses apportées.

Les questions établies entre l'entretien de la famille et celui des professionnels diffèrent en termes de formulation, Il m'a fallu en effet adapter les questions au profil de la personne interrogée. Malgré cela le contenu même des questions reste identique.

L'entretien est enregistré avec l'accord de la personne et dure au maximum quarante-cinq minutes. Il débute toujours par la présentation de l'entretien et par des questions générales sur la personne interrogée. L'entrevue est ensuite rendue anonyme et retranscrite telle qu'elle a été réalisée avec les silences, les exclamations, les hésitations. (Annexe 5)

J'ai donc pu formuler les questions de mon entretien, qui sont au nombre de 5. J'ai tenté de respecter une certaine chronologie de la prise en charge en famille d'accueil afin de bien situer l'évolution du patient et des intervenants au cours de ce parcours atypique.

- Ainsi ma première question porte sur **les critères d'indication du placement** en famille d'accueil. Cela me permet de situer la population qui peut bénéficier d'une telle prise en charge, s'il y a des contre-indications, mais également de savoir dans quelles conditions s'effectue le placement, s'il nécessite des évaluations préalables. Une de mes questions de relance porte sur le choix de la famille accueillante.
- La deuxième question concerne **les actions réalisées par l'équipe avant ou à l'arrivée du patient dans la famille**. Cette question permettra de déterminer si des informations sont données à la famille, au patient, s'il y a des mises en situation du patient afin de déterminer ses capacités d'autonomie et d'informer la famille quant à la place qu'elle devra occuper au quotidien avec ce patient.
- Se posent par la suite la question du **suivi du patient au long de la prise en charge**, celle du rôle des différentes structures disponibles, des intervenants et de leurs interventions en cas de difficultés au sein du placement.

- La quatrième question tend à déterminer **les attentes de la personne** quant à ce type de prise en charge mais également son avis sur les effets que peut avoir le placement en famille d'accueil sur la réhabilitation, et la réinsertion sociale du patient.
- Enfin je pose la question de **la fin du placement**, dans quelles conditions intervient-elle ? Quelles sont les perspectives et actions mises en place en ce qui concerne la suite ?

### **III.4- Passation des entretiens**

Je tiens ici à détailler la façon dont se sont réalisés les entretiens car la particularité du lieu me paraît importante à souligner et aura une incidence sur l'analyse de mes résultats.

Suite à l'enquête exploratoire, je suis restée en contact avec une des structures, précurseur de l'accueil familial thérapeutique et très disponible et motivée à m'aider dans ma recherche. Il m'a donc paru évident d'aller effectuer mes entretiens dans cette structure. Organiser ma visite ne fut pas chose facile, le psychiatre devait se trouver dans la structure afin de donner son accord quant à l'interrogation du patient ; la structure étant située dans un milieu rural au centre de la France, il m'a également fallu trouver un moyen de transport pour y parvenir. Ainsi, plusieurs dates furent donc reportées à cause de soucis organisationnels dus à nos emplois du temps respectifs, difficilement conciliables. Fort heureusement, la cadre de santé s'est montrée très disponible à mon égard et nous avons pu déterminer une date de visite.

A mon arrivée dans le village, j'ai tout de suite été surprise de par l'accueil chaleureux des habitants, je me suis vite rendu compte que toutes les personnes croisées étaient des patients de la structure, vivant en famille d'accueil dans le village. On m'a informé par la suite qu'environ 1 maison sur 3 du village accueillait des patients (en moyenne 2 par foyer). Bien que je sache que ce village est ancré dans l'histoire de l'accueil familial depuis plus de cent ans, je ne m'attendais pas à une telle proportion de familles d'accueil et de patients.

La deuxième surprise fut de découvrir à mon arrivée dans la structure, un pavillon sur lequel était écrit « ERGOTHERAPIE », alors même que la direction m'avait informé que l'institution ne disposait pas d'ergothérapeute. L'explication est qu'il y a bien un pavillon destiné à l'ergothérapie mais qu'aucun ergothérapeute n'y travaille actuellement. Pour autant, un grand

nombre de patients accueillis chez des familles du village et des environs bénéficient d'activités « ergothérapeutiques » au sein de la structure, et ce sous la responsabilité de plusieurs soignants (infirmières, aides soignantes, éducateurs spécialisés...). Je dois avouer que ce contexte particulier m'a un peu déstabilisée au départ, il m'a fallu expliquer au personnel soignant que mon étude portait sur les actions de l'ergothérapeute dans le suivi du patient au long de la prise en charge en famille d'accueil et non sur les activités ergothérapeutiques effectuées par les patients au sein de la structure.

Par la suite, il m'a donc été possible d'interroger plusieurs personnes :

- Mme S., famille d'accueil depuis 21 ans
- P. moniteur éducateur au sein du service d'accueil familial thérapeutique depuis 25 ans
- R. 26 ans, patient depuis 8 ans en famille d'accueil thérapeutique.

Le patient interrogé fut choisi par le psychiatre de l'établissement, il présentait une psychose infantile, très déficitaire, avec un discours très pauvre et une communication difficile dans le cadre de l'entretien et des questions posées. Il m'est donc vite apparu que mon entretien avec lui ne pourrait être exploité dans cette étude.

J'ai par la suite fait le choix d'interroger une infirmière, référente au sein de la structure. Ainsi cela m'a permis d'obtenir des points de vue différents en ce qui concerne l'accueil familial thérapeutique :

- La famille m'apportant son expérience du quotidien
- L'IDE, plus centré sur le soin, ayant un point de vue plus médical
- Le ME, s'attachant davantage au social.

### **III.5- Méthodologie d'Analyse**

Pour analyser le contenu de mes entretiens j'ai tout d'abord utilisé le logiciel « dico » qui permet de relever les mots les plus cités pour chaque question posée. Les résultats n'étant pas significatifs et non pertinents j'ai décidé de ne pas les utiliser pour l'analyse des entretiens.

Ainsi, après une relecture de chaque entretien dans sa globalité, je me suis attaché à relever les éléments importants de chaque question, entretien après entretien. Cela correspond aux résultats bruts que j'aborde dans la partie qui suit. Par souci de fluidité de lecture et d'une meilleure analyse, il m'a paru plus judicieux ici de faire suivre les résultats bruts de chaque question, directement par l'analyse qualitative, en lien avec les éléments de ma matrice théorique.

## IV- RESULTATS ET ANALYSES

Les résultats bruts ici présentés correspondent à une synthèse des réponses pertinentes obtenues lors de chaque question des entretiens. Je nommerai « IDE » l'infirmière référente que j'ai interrogée, ME, le moniteur éducateur, et FA la famille d'accueil.

Les questions soulignées sont les questions d'origines, celles en italique sont les relances effectuées. Les phrases entre guillemets correspondent aux réponses des personnes interrogées, retranscrites telles quelles.

### **IV.1- Question 1 : Les indications au placement**

#### **- Résultats bruts**

Sur quels critères se fait l'indication du placement en famille d'accueil ?

L'IDE explique ici le procédé de la structure : des dépliants sont envoyés dans toute la France afin de faire connaître l'accueil familial thérapeutique. Suite à cela, les établissements psychiatriques peuvent effectuer une demande de placement pour un patient. Un rendez vous est alors fixé, c'est la « visite préalable » où le patient est accompagné d'un membre du personnel de son établissement d'origine. Les infirmiers référents du service d'accueil familial reçoivent chacun leur tour les patients, leur font visiter « des accueils » (c'est-à-dire des familles d'accueil où sont déjà pris en charge d'autres patients), ainsi que les différents services (ergothérapie, unité d'accueil). Avec son accord, le patient passe ensuite une dizaine de jours en unité d'accueil, composée d'infirmière, d'aides-soignante, de psychologues...

Le ME explique que la décision se fait en fonction du consensus entre les différents membres de l'équipe soignante en ce qui concerne la décision de placer ou non le patient en famille d'accueil. Il précise que suite à la visite préalable, l'infirmier référent fera un compte rendu pour exprimer son opinion quant au patient mais que la décision en reviendra au médecin. Suite à cela, le patient sera dirigé vers l'unité d'entrée.

La FA me dit ne pas pouvoir répondre à cette question, qu'elle pense que c'est le patient ou son ancien établissement qui en fait la demande et qu'ensuite, la structure d'accueil familial voit d'emblée si ce type de prise en charge convient au patient.

*Comment s'effectue le choix de la famille accueillante ?*

L'IDE stipule que les observations du patient à l'unité d'accueil permettent de déterminer le choix de la famille accueillante : « chaleureuse, cadrante, dans un milieu retiré, une ferme ou plutôt la ville, une dame, un homme... ». La famille peut aussi donner son avis.

Pour le ME, le choix se fait en fonction des places disponibles. Il précise que l'équipe essayera d'aller au plus près du projet du patient, son avis sera donc pris en compte mais le choix se fera également par rapport à l'observation en unité d'accueil : « ils voient bien qu'un patient qu'est en difficultés avec les autres ils vont pas le mettre dans le centre ville d'emblée »

La FA explique que quand l'équipe soignante à besoin de placer un patient et que la famille est disponible, elle doit se rendre à la structure pour rencontrer le patient. Celui-ci a le droit de refuser l'accueil. *Et vous, pouvez vous refuser ?* La FA me répond « non » mais précise par une anecdote que si la prise en charge au sein de son foyer se passe mal elle peut « renvoyer » le patient.

*Y a-t-il des évaluations effectuées au préalable ?*

L'IDE parle ici de réunions cliniques entre les différents membres du service, lors desquelles est décidé le placement ou non en famille d'accueil.

Le ME précise que ce ne sont pas des évaluations à proprement parler, que la visite préalable est très importante et permet de cibler si le patient est apte ou non à intégrer une famille d'accueil.

### **- Analyse**

J'ai posé cette question dans le but de déterminer sur quels critères un patient est admis en famille d'accueil, s'il y a des indications ou contre-indications précises. Je tenais également à

savoir si des bilans ou évaluations étaient effectués au préalable afin de situer les capacités du patient, de la famille avant de s'inscrire dans cette prise en charge.

Au vu des réponses obtenues je remarque qu'il n'y a pas d'indication précise, les patients venant de divers établissements en France, arrivent avec un projet déjà établi par leurs anciennes structures. Cependant, la décision du placement en revient à l'équipe d'accueil familial. En premier lieu, la visite préalable permet, selon l'IDE de situer le niveau culturel, social et la motivation du patient. Ces données peuvent être assimilées avec les facteurs personnels décrits dans le *Processus de Production du Handicap*. Le ME décrit cette visite comme étant indispensable.

En second lieu, le patient est admis à l'unité d'accueil dans laquelle il va passer une dizaine de jours afin de déterminer s'il est apte à intégrer une famille. J'ai donc voulu en savoir plus sur les actions réalisées dans cette unité. Il en ressort que l'évaluation du patient se fait exclusivement par le biais de l'observation de son comportement au sein de la structure. L'IDE me précise qu'ils prennent en compte son comportement au sein d'un groupe, l'observance du traitement, la tolérance aux frustrations etc. Ces données se rapportent aux besoins de sécurité abordés dans *la pyramide Maslow*. Lorsque j'évoque le mot « évaluation » dans mes questions, il est clair pour les personnes interrogées, qu'elles n'assimilent pas cela comme étant une évaluation du patient.

Ce séjour passé en unité d'accueil permet ensuite à l'équipe d'affiner le projet du patient. Selon l'IDE la réunion découlant de ce séjour permet l'orientation, le choix de la famille accueillante, qui pourra également donner son avis suite à sa rencontre avec le patient. La FA quant à elle me dit qu'elle ne peut pas refuser un placement, mais est-ce parce que la question ne lui est pas posée ? Ou bien pour une raison financière ? La question de la communication entre famille et équipe se pose alors, notamment celle du *feed-back* évoquée par *Shannon et Weaver*: l'émetteur s'est-il assuré de la compréhension du message par le récepteur ?

## **IV.2- Question 2 : Les interventions**

### **- Résultats bruts**

- Quelles sont les actions réalisées par l'équipe avant, ou à l'arrivée du patient ?

L'IDE comme le ME précisent qu'avant tout, pour devenir famille d'accueil thérapeutique, les familles doivent obtenir un agrément et avouent ne pas connaître précisément les critères requis.

En ce qui concerne les actions réalisées en amont l'IDE explique qu'il n'y a pas de règle générale, que cela se fait en fonction de l'infirmier référent, en fonction du patient et de la famille. Son rôle est de présenter le patient à la famille, au domicile de l'accueillant. Elle précise que seules les grandes lignes de la pathologie et de l'histoire du patient sont expliquées à la famille mais que là encore, cela dépend des cas. Certaines familles ne préfèrent pas savoir car cela induirait de la peur et elles risqueraient par la suite d'être moins naturelles au quotidien. L'IDE travaille beaucoup sur le respect réciproque entre patient et famille et effectue au début de chaque accueil, une réunion triangulaire avec le patient, la famille et le représentant de l'hôpital, en l'occurrence l'infirmier référent. Cette réunion permet d'expliquer leurs rôles respectifs et de préciser que la famille s'inscrit, en collaboration avec l'équipe de soin, dans le projet thérapeutique du patient, tout cela sous prescription médicale. Cette entrevue permet également d'informer le patient sur le fait qu'il est acteur de son soin.

Le ME reprend certaines de ces informations dans ses réponses, notamment en ce qui concerne la réunion triangulaire et l'annonce du projet thérapeutique. Il indique également que si c'est un premier accueil, la famille sera davantage encadrée par l'équipe.

La FA me déclare que peu d'actions sont réalisées en amont et à l'arrivée. Après la visite avec le médecin et le patient dans la structure, la date de l'arrivée du patient est déterminée. Mme S, la FA ajoute : « quand ils arrivent ils nous expliquent un tout petit peu mais vraiment le gros...et puis après c'est au fil du temps qu'on apprend à les connaître (les patients), on parle avec... »

## **- Analyse**

Tout d'abord, j'aimerais brièvement revenir sur l'agrément cité par le ME et l'IDE. Celui-ci est délivré par le président du Conseil général sous réserve d'acceptation de l'équipe soignante de l'accueil familial thérapeutique. Toutes les conditions matérielles et humaines prévues par l'article 10 doivent être réunies pour prétendre à « être accueillant ». Ainsi, l'environnement matériel et humain du patient développé dans la *PPH* répondra aux besoins physiologiques et psychologiques décrits par *Maslow* afin de parvenir par la suite à un accomplissement de la personne.

Ensuite on remarque que ces réponses font clairement ressortir le fait qu'il n'y a pas de protocole précis. La singularité de chaque projet amène une prise en charge et un accompagnement différents pour chaque patient. Les visites à domicile sont dépendantes de la demande du patient et de la famille. Malgré cela, l'IDE comme le ME expriment cette notion de réunion triangulaire, au tout début du placement, ce qui semble faire état de collaboration étroite entre soignants, famille et patient. Ce type d'intervention nous renvoie inmanquablement à la communication, à la nécessité de transmettre une information mais également d'en attendre un retour : c'est la notion de *feed-back* évoquée par *Shannon et Weaver*. Cela peut également s'assimiler à l'axiome de *l'école de Palo Alto* faisant référence à la méta-communication.

En effet on remarque que la famille n'a pas le même point de vue, à son avis, au tout début de la prise en charge la communication est brève, peut-être unidirectionnelle, il n'y a donc pas eu de contrôle de la compréhension du message par l'émetteur : l'équipe.

Une notion importante a été évoquée par l'IDE : « le patient est acteur de son soin ». C'est un élément fondamental de la réhabilitation psychosociale du patient. Cette notion ainsi que le « respect réciproque » abordé par l'IDE répondent aux besoins d'appartenance et d'estime décrits par *Maslow*.

### **IV.3- Question 3 : Le suivi**

#### **- Résultats bruts**

- Y a-t-il un suivi du patient ? Quels sont les rôles des différents intervenants/ des structures intermédiaires ?

L'IDE aborde ici l'existence d'un dossier de liaison et de la transmission du projet thérapeutique à la famille. Celle-ci dispose donc de ce dossier ou elle est tenue de recenser les observations du quotidiens. Des consignes abordant des sujets telles que l'hygiène, la prise du traitement, les contre-indications peuvent lui être données par l'infirmière. L'IDE me précise de nouveau qu'il n'y a pas de règles générales, la fréquence des visites au domicile de la famille par l'infirmier référent dépendra de la demande de la famille ou du patient.

En ce qui concerne les structures intermédiaires, l'IDE cite le pavillon d'ergothérapie de l'hôpital. Un mois après l'entrée du patient environ, une prescription d'évaluation est soumise à l'ergothérapie, sont alors évalués par l'équipe les capacités de lecture, d'écriture, d'orientation, le niveau culturel etc. Suite à cela et à la visite des ateliers « ergothérapeutiques », une prescription de prise en charge en ergothérapie sera effectuée par le psychiatre. Les patients ont par la suite, outre les ateliers d'ergothérapie, la possibilité de travailler au sein de l'hôpital (à la lingerie, au jardin, à la cuisine, au bar etc.).

Le ME évoque également le dossier de liaison ainsi que le dossier de soin pour justifier le suivi du patient. Il précise que le dossier de liaison est surtout utile à l'infirmier référent « puisque c'est lui qui est au cœur du projet ».

La FA me signale ici que l'infirmière référente « vient de temps en temps pour tout ce qui est des soins, mais bon après s'il n'y a pas besoin ils ne viennent pas ».

*Quels sont les difficultés rencontrées au quotidien ? Qui intervient ?*

Pour L'IDE les problèmes au sein de la famille peuvent avoir différentes origines :  
« Quand un patient est encore délirant, c'est pas évident pour la famille de savoir comment gérer le délire... elles ne sont pas formées ». Elle évoque également les problèmes dus à l'hygiène :

« elles y tiennent (que le patient soit propre) car elles savent qu'elles seront responsables ». Les difficultés à faire respecter l'observance médicamenteuse du patient, mais aussi les problèmes de fugue, de disputes, les décès au sein d'un accueil... Dans ces situations, la famille dispose d'un dossier de protocoles avec des numéros à contacter en cas de problème majeur. « En général elles appellent l'infirmier de zone, s'il elles n'arrivent pas à le joindre, elles appellent l'USPP : l'unité de soins psychiatrique prolongée qui eux, ont un numéro d'urgence et peuvent répondre à tout moment et venir au devant de la famille d'accueil ».

Pour le ME, les plus grosses difficultés relèvent de la frustration au quotidien, par rapport au tabac, aux sorties, à l'argent. « Leur placement hors les murs de l'hôpital fait qu'il y a des tentations... » Mais les familles sont là pour imposer un cadre et dire « non » quand cela est nécessaire. « Elles doivent gérer ça, nous (l'équipe) on est pas toujours au courant... ».

Le ME aborde également les difficultés au sein de la famille de l'accueil « c'est fréquent parce qu'on est dans le rapport humain ». Il admet qu'un patient, la famille ou le soignant référent puisse en avoir assez des situations conflictuelles au quotidien, du projet qui n'aboutit pas ou de la relation à l'autre qui devient difficile. « Il faut passer la main dans ces cas-là... On peut arriver à se demander si le patient a toujours sa place en famille d'accueil. »

Pour répondre à cette question, la FA raconte son expérience au tout début de l'accueil du patient vivant actuellement chez elle. Après avoir fugué, le patient menaçait de se suicider « j'ai réussi en parlant avec lui à le faire monter dans la voiture et à l'emmener au service. Du coup il y est resté une quinzaine de jours, ils ont certainement revu le traitement, essayé de savoir ce qu'il s'était passé. » Elle constate par la suite avoir de la chance d'avoir la possibilité d'appeler l'équipe en cas de problème. La FA précise également : « mais maintenant avec lui j'arrive à gérer, je les appelle plus à chaque fois. Parce que c'est vrai que sinon même sur le carnet de liaison il faudrait toujours écrire la même chose. Maintenant j'arrive à gérer mais au début j'ai eu besoin de leur aide pour voir un petit peu ».

### **- Analyse**

Le dossier de liaison ainsi que le dossier soin sont les supports privilégiés comme canal de communication dans le suivi du patient. Ils rendent compte d'une part des habitudes de vie du patient au sein de la famille, de ses activités quotidiennes, mais également des obstacles

rencontrés. La FA signale tout de même que toutes les informations relatives au patient ne pourraient y être retranscrites. Elle signale également la présence occasionnelle de l'infirmière en ce qui concerne les soins.

L'IDE aborde également ce sujet. On note là encore que ces interventions se font à la demande de la famille, si celle-ci estime en avoir besoin. Cependant, l'IDE, exprime la problématique de ce fonctionnement. En effet, il arrive que ces familles soient en difficulté pour gérer certaines situations car elles ne bénéficient pas d'une formation de soignante. Ainsi faut-il que pour demander de l'aide, elles puissent identifier une situation vécue comme étant relative à la pathologie et nécessitant donc une intervention de l'équipe.

Cette aide est donc présente, disponible et comme le fait remarquer la FA, précieuse. Cependant l'équipe n'étant pas toujours renseignée sur des difficultés qui paraissent, sur le moment, anodines pour la famille, cette aide n'a alors pas lieu car la demande d'aide n'est pas formulée.

Cela renvoie ici à la théorie de la communication. Un des axiomes de *l'école de Palo-Alto* nous dit : « *La nature d'une relation dépend de la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires* ». La communication est en effet un échange entre partenaires, ici l'équipe et la famille, et ce que dit l'un à une incidence sur les autres et vice versa.

Pour le ME, les difficultés relèvent davantage de la frustration que peut induire la vie dans une société de consommation et face aux limites que se doit parfois d'imposer « le cadre de la famille ». C'est donc de son point de vue, à la famille que revient la responsabilité de gérer les frustrations et donc de permettre au patient de subvenir aux besoins psychologiques, de maîtrise, évoqués par *Maslow*.

## **IV.4- Question 4 : La réinsertion sociale, les attentes**

### **- Résultats bruts**

- D'après vous, quel effet peut avoir un milieu familial sur la réinsertion sociale du patient ?

Pour l'IDE, le patient retrouve avant tout une relation affective, de la réassurance car « c'est un peu comme son chez-soi ». Cela lui permet d'oublier le contexte de l'hospitalisation, bien qu'il soit toujours hospitalisé... : « ce ne sont plus les murs de l'hôpital... ». Mais il arrive aussi qu'il se rappelle son statut, par les restrictions pouvant être imposées : « il y a quand même un cadre à respecter ».

L'IDE indique que la famille doit tenter de garder la bonne distance, malgré les liens qui se créent inmanquablement en raison de la proximité de vie. **Le milieu familial permettra également les ré-apprentissages par rapport aux activités de la vie quotidienne, au respect des règles de vie en société etc.** Une évolution est observée par l'IDE au niveau de **l'autonomie de la vie quotidienne, du respect de l'autre, des relations sociales.** Des actions dans cette optique sont alors parfois entreprises par l'infirmier référent via la famille : « bon ce n'est pas la totalité mais on les réhabitue parfois à aller faire les courses avec la famille... ça peut être demandé par l'infirmier référent ». Certaines familles seront plus impliquées que d'autres à intégrer les patients dans leurs activités de loisirs. « Il y a des familles qui les emmènent à des concerts, des sorties, d'autres non. Elles ont encore des réticences je crois ».

C'est également un sujet qu'aborde le ME dans sa réponse , « Au niveau de la socialisation tout dépend de la famille. On en revient toujours au même. Il y a 250 familles d'accueil, t'auras 250 prises en charge différentes parce que la famille, elle intervient avec son histoire ».

Le ME décrit idéalement l'accueil familial comme **une étape intermédiaire « vers d'autres possibles, d'autres structures »**, vers la sortie du système de soins quand cela est réalisable, « à condition que l'on se donne les moyens derrière pour les aider à franchir ce cap ... et si tout le monde remplit son rôle : la famille d'accueil, l'équipe encadrante ... ».

La FA explique qu'au sein d'une famille, le patient est considéré comme une personne « normale », à part entière, il est intégré à la société mais également auprès des proches de la famille. Mme S. indique également : « ils ont leur place je pense dans le village. Enfin c'est vrai qu'il y a beaucoup de patients dans le village... »

*Quelles sont vos attentes quant à un placement en famille d'accueil ?*

IDE : « ce qui serait l'idéal c'est qu'il y ait donc le projet à court terme qu'est le placement en accueil familial mais aussi qu'il y a un projet à long terme, qu'ils puissent ( les patients) ne pas y passer 50 ans ». L'idéal pour l'IDE est qu'il y ait une suite au placement mais elle avoue que cette situation est parfois impossible de par le manque de structures de suivi aux alentours ou leur manque de places, quand elles existent. C'est donc censé être un placement provisoire, « un tremplin ». Elle précise que « dans la réalité ça arrive » mais que certaines équipes « adresseuses » envoient des patients en famille d'accueil car elles n'arrivent pas à avoir d'autres projets. Elle explique également que pour la majorité des patients, l'accueil familial est un projet à long terme et en donne l'une des raisons : « à la base, l'accueil familial était fait pour désengorger les hôpitaux parisiens, donc les gens qui sont là depuis 50 ans, leur vie est ici, il n'y a plus de perspective ailleurs ».

Le ME évoque ici beaucoup de sujets. Comme l'IDE, il mentionne le fait que l'accueil soit souvent un projet sur du long terme « ça fait parfois 10 ans, 15 ans que certains patients sont dans la même famille d'accueil, après quel est le sens thérapeutique de ça ? ». L'idéal serait pour lui que les projets soient remis à jour tout les 3 ans par exemple ; aient des dates d'échéance et que les intervenants changent, aussi bien la famille que l'équipe afin de permettre au patient de se remettre en question et de s'adapter, d'évoluer et de revoir ses perspectives d'insertion. Il ajoute : « en fait faudrait que ça soit directement dans le contrat de départ » avec la possibilité de renouveler ce contrat si l'équipe estime que la famille peut encore faire évoluer le patient.

En ce qui concerne la vie quotidienne, le ME mentionne le fait que « le réapprentissage des actes de la vie quotidienne devrait s'effectuer au niveau de la famille d'accueil ». « Je pense que c'est le travail de la famille d'accueil, pas de l'équipe ». *A la suite de cela je lui demande donc si les familles sont formées à cela ou s'il y a un travail en collaboration avec l'équipe soignante sur ces notions.*

Le ME m'explique alors que les familles peuvent bénéficier de formations sur l'hygiène, la méthode HACCP. « Mais bon après je pense que c'est plus du savoir faire, du savoir être...qui, je pense, au moment de la sélection de la famille d'accueil, devraient être contrôlés. » Il indique par la suite que certaines familles ont d'emblée ces qualités et qu'il faut parfois même freiner certaines familles « pour ne pas qu'elles rentrent dans un système de cocooning ». « Puis il y en a, en contrepartie, qu'il faudrait un peu pousser, parce qu'ils ne s'impliquent pas assez ». Il exprime ensuite le fait que certains patients ne participent pas aux courses et que cela permettrait pourtant d'évaluer la personne. C'est alors à la famille « d'amener des choses » car cela fait partie intégrante de presque tous les projets de soin : la re-socialisation et l'autonomisation. Il déclare par la suite que cela nécessiterait sûrement l'aide d'un soignant, d'une cellule mise en place par l'institution pour répondre aux difficultés de prise en charge, et précise que l'infirmier est là pour conseiller et épauler la famille, l'aider à tenir une place adéquate auprès du patient. Pour le ME, les familles, par cet acte d'accompagnement au quotidien sont inscrites indirectement dans le soin mais « sans en avoir forcément au départ ni la vocation ni le savoir » pour permettre l'autonomie du patient au quotidien.

La FA évoque également ses attentes quant au placement : « j'aime les voir progresser...mais ça bascule tellement vite que tout ce que l'on a entrepris peut s'effondrer à n'importe quel moment, il faut reprendre, recommencer au début. Ca me dérange pas parce que je sais que ça se passe comme ça ». La FA dit se sentir impliquée dans le projet, et espère que cela pourra lui permettre de sortir de « l'hôpital ». Malgré ses ambitions, elle ajoute : « je sais que ça ne sera pas possible. Il retombera vite dans son fonctionnement d'avant. R. il lui faut quelqu'un derrière lui tout le temps. L'équipe infirmier, l'équipe des médecins ne voient peut-être pas les choses comme nous mais comme je dis souvent, nous on les a 24 heures sur 24... »

### **- Analyse**

Selon l'IDE, l'accueil familial permet donc un recouvrement des besoins sociaux et d'appartenance, via les valeurs affectives et la réassurance qu'apportent la famille d'accueil et le contexte environnemental externe à l'hôpital. Les besoins d'estime sont également abordés de par la nécessité du réapprentissage des droits et devoirs de la société, des activités de la vie quotidienne...Pour autant, les patients sont toujours inscrits dans le processus de soins hospitaliers induisant parfois des frustrations qui leur rappellent leur statut.

L'IDE et le ME abordent la socialisation que peut procurer la vie en famille d'accueil. Même s'il va de soit que c'est l'un des objectifs principaux de la plupart des projets des patients, chaque famille agira différemment, avec son histoire, ses propres motivations. Les membres de la famille ainsi que le patient n'auront pas forcément les mêmes centres d'intérêt et habitudes de vie. *Le PPH* met en avant les notions d'obstacle et de facilitateur. Mais d'un autre point de vue, ce qui peut être un obstacle dans certaines situations peut également se révéler être un avantage car cela permet l'ouverture vers l'extérieur, la découverte de nouveaux horizons aussi bien pour le patient que la famille. C'est un échange réciproque. L'implication de la famille à accepter cet échange sera parfois déterminante pour l'évolution du patient, de son projet de vie.

La FA aborde l'importance qu'a ce système d'accueil familial dans l'intégration au sein de la société. Ce sont les besoin de s'accomplir décrits par *Maslow* : avoir une place dans la société, échanger et partager avec les autres... La FA indique également que le patient est intégré dans le village mais précise que beaucoup de patient vivent au village. C'est donc un élément à prendre en compte ici, en ce qui concerne l'environnement humain du patient qui s'avère être un facteur facilitateur dans la réinsertion de celui-ci.

En ce qui concerne leurs attentes quant à ce type de placement, la notion de « projet à court terme » est envisagée par les deux soignants. Si l'on se réfère au *PPH*, le fait que les placements soient envisagés sur du long terme apparait donc comme un obstacle à la réhabilitation. L'IDE revient également sur le point de départ d'un placement : certaines équipes adressent parfois un patient vers l'accueil familial par manque d'autres perspectives. Pour éviter cela, les facteurs personnels cités dans *le PPH* son à prendre en compte. Cela impliquerait d'évaluer au préalable le patient, afin de statuer si ce type de prise en charge, à ce moment donné de sa vie lui serait bénéfique.

Le ME exprime son opinion et sa vision du placement idéal. Pour illustrer ses propos il est intéressant de se référer à la pyramide de *Maslow*. Chaque placement aurait alors des objectifs précis, permettant à terme le projet. Ainsi, une fois les objectifs élémentaires atteints (par exemple les besoins physiologiques), le patient serait orienté vers un autre placement lui permettant d'accomplir les objectifs de « l'étage » supérieur (les besoins psychologiques) et ainsi de suite, jusqu'à la réalisation de son projet (besoins de s'accomplir).

La famille a vraisemblablement une place prépondérante dans ce projet du patient. Le ME exprime bien cette idée tout en indiquant que ses capacités seraient à évaluer lors de leurs agrément. Là encore la notion de *feed-back* apparaît : la nécessité de s'assurer que le message est bien compris et surtout, mis en pratique.

La FA dit se sentir impliquée dans le projet, elle ressent donc l'importance de la place qui lui est donnée dans la prise en charge du patient. Elle indique également que cette place est différente de celle de l'équipe, leurs visions du patient et de ses capacités seront donc également différentes. Si l'on reprend les axiomes 3 et 5 de *Palo-Alto* : « *La nature d'une relation dépend de la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires* » et « *La communication est soit symétrique, soit complémentaire* ». Ici, il n'y a donc pas eu de mise en commun ou d'échange symétrique sur les objectifs du patient, ses capacités et ses perspectives. Chacun a sa vision des choses, il n'y a pas de consensus, la communication peut donc s'en trouver perturbée.

#### **IV.5- Question 5 : La fin du placement**

##### **- Résultats bruts**

- Sur quels critères se décide la fin du placement ?

L'IDE et le ME ont ici le même discours : ce sont les événements qui décident de la suite. La fin d'un placement peut être dû à la non-observance de traitement, à une mésentente entre la famille et l'accueilli, à la pathologie. Un entretien avec l'équipe est systématiquement mis en place afin de déterminer les raisons de cette fin de placement et de rétablir s'il le faut de nouveaux objectifs ou un nouveau projet. Par la suite, soit le patient est ré-hospitalisé en structure « fermée » pour un temps, soit, si son état le lui permet, une nouvelle tentative de placement est mise en place. L'IDE précise que l'équipe tente alors de faire un choix de famille en fonction du patient, « mais bon, ce n'est pas dit que ça fonctionne à chaque fois. »

La FA quant à elle explique que la fin du placement peut être due à un changement de projet, qui peut être mal pris par le patient et la famille, qui ne sont pas forcément tenus au

courant. De sa propre expérience, elle avoue qu'il lui paraît difficile de ne pas s'attacher affectivement au patient et qu'il est parfois difficile de les voir partir « du jour au lendemain ».

*Et après ?*

L'IDE indique ici que si le patient a mené à bien son projet il s'inscrira dans d'autres perspectives d'évolution. Il pourra intégrer une nouvelle structure, un appartement thérapeutique, un foyer d'hébergement, un ESAT (et/ou un accueil familial social ?) ... « Là encore, c'est du cas par cas ».

Le ME déclare : « Au jour d'aujourd'hui, le lien n'est pas assez fait, il faut de la place... et des structures, hôpitaux de jour ou autres à proximité. Parce qu'il ne faut oublier que le patient, par le biais de ce placement, il se fait un réseau social autour de la famille, de la structure ». Ainsi on ne peut pas se permettre de l'indiquer vers une structure se trouvant loin de ce réseau.

La FA précise qu'elle garde un peu contact avec les patients qu'elle a accueillis dans le passé.

Le ME conclut ainsi cet entretien : « Enfin voilà au jour d'aujourd'hui il reste encore du grain à moudre. Bien que il faille reconnaître que l'accueil familial c'est vraiment une formule, quand elle est réalisable par rapport aux pathologies, à la situation, qui est vraiment bénéfique au patient, à sa réhabilitation, on peut associer un suivi médical et une ouverture vers l'extérieur, c'est très riche ! »

### - Analyse

Les événements abordés ici par le ME et l'IDE, font référence aux obstacles développés dans le *PPH*. Ils peuvent être la conséquence des troubles psychotiques, ou de façon plus générale, sont dus à une incompatibilité entre les différents acteurs de la prise en charge. S'il y a échec, la communication verbale est choisie en priorité afin de résoudre les conflits ou d'orienter différemment les objectifs. L'adaptation par l'émetteur, du message ou de l'échange avec le récepteur, est alors primordiale : c'est la rétroaction réciproque évoquée par *Shannon et Weaver*. Une nouvelle tentative de placement est alors envisagée, ce afin de contextualiser à nouveau la prise en charge. Les facteurs environnementaux pouvant être perçus comme obstacles du projet

de vie sont remplacés par un contexte environnemental différent, prenant en compte les échecs passés, l'identité et les aptitudes du patient.

La FA a évoqué le fait que les patients puissent partir sans en être avertis ni sans l'avis de la famille. Cela renvoie ici à l'importance d'une communication prenant en compte tous les acteurs inclus dans le projet thérapeutique, et des conséquences sur les uns et les autres en cas de non-partage des informations (axiome 3 de la communication vue par *l'école de Palo-Alto.*)

Pour ce qui est de « l'après-placement », il dépendra étroitement des perspectives d'évolution, de réhabilitation du patient, de ses choix et motivations pour l'avenir. Ici les facteurs personnels du *PPH*, ses aptitudes, entre autres, seront importants à prendre en considération pour permettre au patient un accomplissement personnel. Il est également à noter que le manque d'environnement matériel et humain disponibles aux alentours constitue un obstacle à la réhabilitation du patient. De ce fait, le placement ou l'insertion du patient dans un environnement lointain pourrait être perçu comme un échec : les besoins d'appartenance décrits par *Maslow* comblés par le réseau social du patient, seraient à réinvestir.

La conclusion du ME amène à penser que l'accueil familial nécessite de prendre en compte les facteurs personnels et environnementaux du patient pour assurer une prise en charge efficace vers la réhabilitation du patient. Cela est rendu possible par l'interaction et la collaboration entre système de soin et société.

L'analyse de ces résultats m'a donc permis de faire le lien entre les réponses des entretiens et les différents éléments de ma problématique théorique. Dans la partie qui suit je m'attacherai désormais à tenter de répondre à ma question de recherche et ainsi déterminer les situations pouvant nécessiter des compétences de l'ergothérapeute lors du placement et du suivi d'un patient psychotique en famille d'accueil thérapeutique.

## V- DISCUSSION

En me basant sur ces expériences concrètes face à l'accueil familial thérapeutique, je peux désormais essayer de cibler les objectifs d'une telle prise en charge en termes de réhabilitation psychosociale du patient psychotique. Les compétences de l'ergothérapeute peuvent-elle être mises à profit dans ce type d'accompagnement ? Si oui, de quelle manière et par quels moyens ?

### V.1- Le rôle de l'ergothérapeute

Pour tenter de répondre à ces questions, j'ai fait le choix d'organiser ma discussion en suivant l'ordre de la prise en charge du patient. Cela permet ainsi d'orienter ma réflexion afin que puisse être établie la démarche de l'ergothérapeute à chaque étape-clé de l'accompagnement du patient.

#### V.1.1- L'indication du placement

Par le biais des entretiens, on observe que les patients sont orientés vers cette alternative à l'hospitalisation par l'équipe de leur établissement d'origine. On suppose donc qu'un projet en faveur du patient est déterminé en amont du placement, par l'équipe « adresseuse. »

Néanmoins la décision finale en revient à l'équipe du service d'accueil familial thérapeutique. Pour cela il convient donc de déterminer les critères favorables à ce type de placement pour un patient donné lors d'un moment précis de son histoire personnelle.

Les patients indiqués en AFT présentent pour la plupart des difficultés ou incapacités liées à leurs troubles psychiques à gérer seuls leur vie quotidienne. L'ensemble de ces difficultés ralentit ou empêche une prise en charge traditionnelle et motive donc un changement stratégique de mode de soin.

C'est à l'équipe de soin d'évaluer les motivations du patient en rapport avec son projet de vie afin de cibler les enjeux de cet accompagnement. L'unité d'accueil abordée dans les entretiens a, entre autres, cette vocation. L'ergothérapeute pourra donc, au sein de l'équipe pluridisciplinaire, via des mises en situations écologiques, des évaluations, apporter des compétences spécifiques en ce qui concerne l'impact des déficits liés à la pathologie mentale pour un patient donné.

Suite à cela et dans un premier temps, un projet de soin personnalisé et propre aux objectifs de l'accueil familial thérapeutique pourra être déterminé par le patient et par l'équipe. Ce projet sera établi en fonction des aptitudes, facteurs personnels, motivations, autonomie, capacités et incapacités du patient, préalablement évalués par l'ergothérapeute en collaboration avec l'équipe.

Une fois le projet érigé, l'équipe devra opter pour une orientation précise de ce patient. Le choix de la famille peut donc être déterminant. Elle doit en effet prétendre à satisfaire au mieux les exigences du projet de soin mais également les valeurs et motivations du patient, auparavant évaluées.

Pour illustrer ces propos, prenons l'exemple d'un patient pour lequel les évaluations au sein de l'unité d'accueil ont montré des difficultés importantes d'adaptation. Ces facteurs seront à prendre en compte en ce qui concerne le choix de la famille. En effet, comme stipulé lors de l'analyse des résultats, des habitudes de vie différentes entre le patient et la famille pourraient constituer un obstacle à son adaptation au sein du foyer. Dans ce cas, les habitudes de vie antérieures du patient, ainsi que des familles doivent donc être évaluées afin de proposer dans un premier temps, un accueil qui concorderait avec les aptitudes du patient.

Tous les facteurs doivent donc être pris en compte, tant au niveau de l'environnement humain, matériel (milieu rural ou urbain, présence d'enfants, sexe de l'accueillant, culture ...), qu'au niveau des facteurs personnels et habitudes de vie du patient, et de la famille. L'ergothérapeute de par sa vision holistique pourra contribuer à cette décision.

Pour résumer, les objectifs ergothérapeutiques et pluridisciplinaires à court terme, correspondant à l'indication du patient dans une famille donnée pourront être :

- D'évaluer les motivations du patient et de déterminer avec lui ses attentes quant à l'accueil familial thérapeutique
- D'évaluer en unité d'accueil les capacités/ incapacités du patient, de ses habitudes de vie antérieures, son autonomie au quotidien, ses facultés d'apprentissage...
- De mettre en place le projet de soin en accord avec l'équipe pluridisciplinaire, le patient, sa famille d'origine éventuellement.
- D'évaluer les familles disponibles : selon les motivations, les habitudes de vie, la prise en considération du lieu de vie et des membres de la famille, des exigences du quotidien (tâches ménagères, repas...)
- D'orienter le patient vers une famille correspondant aux attentes, aux évaluations.

### **V.1.2- Le suivi**

Comme l'ont souligné les professionnels interrogés, le suivi du patient s'effectuera au cas par cas. Chaque situation, chaque patient, chaque famille étant unique, un protocole précis n'est donc pas établi. Cependant, lors du début de chaque placement, il fait état d'une réunion triangulaire. Cette notion paraît intéressante à développer dans le contexte ergothérapeutique. En effet, elle rassemble les trois acteurs de la prise en charge, dans un climat de confiance et de collaboration prenant ainsi en considération les différents points de vue et permettant un échange réciproque. Les objectifs du placement seront ici rappelés et approfondis, si besoin, afin que chacun puisse déterminer son rôle dans ce parcours particulier.

Par conséquent, le début du placement se trouve être un moment clé de la prise en charge. C'est l'adaptation du patient et de la famille, où chacun se positionne par rapport à l'autre, où l'on apprend à se connaître, à vivre ensemble. Ces instants sont parfois délicats mais déterminants pour la suite. L'équipe doit donc montrer sa collaboration et son entière disponibilité aussi bien avec la famille qu'avec le patient. Dans cette optique, on pourrait envisager des visites à domicile régulières au début du placement, où seront abordées les difficultés du quotidien mais également les facteurs pouvant être facilitateurs dans l'accompagnement.

Cette communication, indispensable, pourra permettre par la suite à la famille de repérer les difficultés, de mettre en place des stratégies pour les résoudre ou faire appel à l'équipe si besoin.

L'ergothérapeute pourra ainsi traduire les comportements au quotidien du patient en capacités, incapacités ou situation de handicap afin qu'il n'y ait pas de mauvaise interprétation de la part de la famille.

Des explications sur les retentissements de ces troubles dans les actes de la vie quotidienne pourront s'avérer nécessaire afin d'aider la famille à mieux comprendre et appréhender les comportements du patient et ainsi s'inscrire au mieux dans le projet de soin.

Par exemple, si un patient fait preuve d'apragmatisme (incapacité à entreprendre des actions), il sera important d'informer la famille sur ce symptôme afin qu'elle ne l'interprète pas comme une non-implication du patient. A court terme cette explication permettra à la famille de comprendre les comportements du patient. Puis, il conviendra de donner les clefs à la famille pour qu'elle puisse, dans un second temps, aider à désamorcer l'apragmatisme en répétant les actions, pour permettre au patient d'acquérir un automatisme sur certaines tâches de la vie quotidienne.

Il y a nécessité que le patient, autant que la famille, se place en tant qu'acteur dans la prise en charge. Pour cela, il paraît indispensable de fournir les informations nécessaires à la famille et au patient et comme je le dis précédemment, de rappeler et re-situer les objectifs, de les modifier si besoin, en accord avec la réalité quotidienne décrite par la famille. Ainsi, un consensus se fait entre famille, patient et équipe qui agissent donc simultanément, avec des moyens différents mais dans un objectif commun.

L'ergothérapeute pourra donc être amené à interagir avec la famille ou le patient, séparément, selon les difficultés ou dysfonctionnements abordés afin de s'assurer de la compréhension du message, d'apporter des précisions quand cela est nécessaire et de permettre au patient de compenser ces dysfonctionnements.

Cela permettra également à l'ergothérapeute et à l'équipe de cibler les priorités du traitement et d'envisager si besoin une prise en charge extra-hospitalière afin de travailler les

habiletés, l'autonomie et les capacités du patient. Dans cette démarche, un travail avec la famille d'accueil est tout aussi essentiel afin de lui permettre de cibler les tenants et aboutissants de ces activités, s'inscrivant pleinement dans une perspective de réhabilitation psychosociale du patient.

Des activités mettant en situation le patient pourront donc lui être proposées en ergothérapie pour cibler les difficultés, les réduire, les compenser ou y remédier. Par exemple, si la famille exprime le fait qu'un patient ne soit pas impliqué dans les tâches ménagères ou la cuisine, il pourra être entrepris de le mettre en situation en atelier d'ergothérapie pour ces activités. L'ergothérapeute pourra alors traduire les causes des difficultés du patient (troubles exécutifs, apragmatisme, difficulté de planification des tâches...) et entreprendre par la suite une aide et une prise en charge personnalisée. Si les habiletés sont de nouveau acquises par le patient, il faudra s'assurer que ces acquis en atelier soient restitués dans l'environnement de vie, à savoir, la famille d'accueil.

Les visites à domicile peuvent également être un moyen pour l'équipe d'évaluer si les objectifs fixés sont atteints, de réadapter le projet si besoin, et d'évaluer l'impact de l'accueil familial sur les comportements et aptitudes du patient.

Enfin, l'ergothérapeute renvoie, comme les autres intervenants, la famille d'accueil ou le patient vers l'interlocuteur concerné par le questionnement (psychiatre, assistante sociale, infirmière...).

En résumé, à moyen terme, les objectifs thérapeutiques en ergothérapie et au sein de l'équipe pluridisciplinaire, pourront être :

- La participation à la réunion triangulaire au tout début du placement : rappeler les objectifs de l'AFT, cibler les attentes de chaque intervenant, établir le cadre.
- Les visites à domicile régulières en début de placement : aborder les difficultés, les obstacles, les éléments facilitateurs au quotidien
- L'explication du retentissement des troubles sur les actes de la vie quotidienne.
- De permettre à la famille de mettre en place des stratégies compensatoires.
- De cibler les priorités du traitement, de proposer une prise en charge extra-hospitalière en ergothérapie visant à travailler en amont les difficultés du quotidien.
- De restituer les acquis de l'atelier dans l'environnement de vie
- L'évaluation du patient, (de son quotidien, de son implication sociale...) permettant de vérifier si les objectifs fixés sont atteints.

### **V.1.3- Les évolutions et perspectives**

Parallèlement au projet relatif à l'accueil familial thérapeutique, le projet de vie du patient, concernant ses perspectives de réhabilitation, devra être abordé par l'équipe, la famille et le patient. Cela permet d'**inscrire ce type de prise en charge comme un projet transitoire afin de limiter les risques de chronicisation du placement**. Il y a alors ici nécessité d'un cadre préétabli, afin que le patient voie en cette prise en charge des perspectives de sorties, d'évolutions de son projet de vie et puisse s'investir pleinement dans cette optique.

L'idée que propose le ME lors de l'entretien en ce qui concerne une durée de prise en charge préétablie à l'avance dans le projet de soin peut être intéressante. Elle permet en effet de **statuer des objectifs précis en un temps donné avec des moyens divers, qui pourront être adaptés au fil de l'accompagnement du patient selon son évolution**.

**Ainsi, au terme du temps imparti, un bilan permettant d'évaluer l'atteinte des objectifs pourra être réalisé par l'équipe et l'ergothérapeute**. Dans le cas où aucun avancement dans le projet du patient ne saurait être attendu du fait d'obstacle humains ou environnementaux, il serait alors envisageable de faire appel à une autre famille d'accueil, celle-ci pouvant permettre à terme, par une approche différente, la réalisation du projet.

Là encore, cela requiert une évaluation des compétences, valeurs, motivations et capacités de la famille dans l'accompagnement du patient afin d'apprécier si elles seraient à même d'aider à la réalisation de ces objectifs.

Si au terme du contrat, les objectifs sont atteints, les moyens seront mis en place afin d'aider le patient dans la réalisation de son futur projet. Tous les facteurs sont donc à prendre en compte. De plus, les objectifs du projet de vie doivent être en lien avec la réalité présente des capacités du patient.

En résumé, à plus long terme, les objectifs thérapeutiques en ergothérapie et au sein de l'équipe pluridisciplinaire, pourront être :

- Etablir le projet de vie (au début du placement)
- Evaluer les objectifs, l'évolution du patient, ses attentes pour la suite.

- Modifier du projet si besoin : rediriger vers une autre structure ou une autre famille d'accueil
- Evaluer les capacités de la famille à atteindre des objectifs fixés
- Déterminer les critères de fin de placement : projet de soin accompli, opportunité de réinsertion professionnelle, sociale etc.

Un parcours en AFT demande une adaptation continuelle du projet, une collaboration étroite des différents intervenants. Le projet de soin du patient, qu'est l'accueil familial thérapeutique pourra prétendre à maintenir un équilibre dans un environnement adapté, à développer ses capacités. Tout cela ayant pour objectif d'aboutir à terme à son autonomisation, dans les domaines qu'il aura choisis d'investir et de parvenir à l'accomplissement du projet de vie.

L'ergothérapeute se situe de manière générale au cœur de la réhabilitation psychosociale du patient. De mon point de vue, l'accueil familial thérapeutique serait alors un moyen de parvenir à cette réhabilitation. D'une part, lorsque cette alternative est indiquée dans une prise en charge à court terme, dans le but de réengager la poursuite du traitement dans un espace social démedicalisé, qui favoriserait une évolution thérapeutique positive. L'ergothérapeute sera alors un intervenant privilégié de par la nécessité d'adapter sans cesse le projet, la prise en charge, les évaluations qu'elle implique, la prise en considération de l'environnement humain, matériel, des habitudes de vie etc.

D'autre part, on pourrait envisager ce type d'accompagnement lorsque les perspectives de réhabilitation sont limitées car la pathologie induit un dysfonctionnement trop important dans les activités de la vie quotidienne. Dans ce cas, la prise en charge serait abordée à long terme afin de permettre une socialisation du patient, une évolution au sein du cadre structurant d'une famille. On parlera alors d'accueil familial **social** et non thérapeutique.

## **V.2- Limites et critiques de l'étude**

Je tiens dans un premier temps à préciser que l'interprétation des résultats et l'élaboration des hypothèses de réponses à ma question de recherche relèvent de ma propre opinion, fondée au cours de ma formation, sur mes expériences de stages et tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Ma réflexion ne pourrait être exhaustive, dans la mesure où je me suis basée sur les réponses des entretiens pour élaborer mes hypothèses. Ces entretiens ayant été réalisés dans la même et unique structure, le fonctionnement de celle-ci ne doit donc pas être généralisé aux autres structures d'accueil familial thérapeutique. Aussi, il aurait pu être pertinent d'interroger des professionnels émanant de structures différentes afin d'obtenir davantage d'informations quant aux interventions effectuées par l'équipe d'AFT.

D'autre part, comme dit précédemment, je n'ai pu exploiter les réponses de l'entretien du patient. Le point de vue de celui-ci aurait été intéressant car il se situe véritablement au cœur du projet et aurait pu exprimer un point de vue objectif de la prise en charge. Me baser uniquement sur l'avis des professionnels et de la famille ne m'a donc pas permis d'aborder comme voulu l'approche systémique induite par l'AFT.

Concernant le choix de la méthode de recherche, la méthode clinique implique « l'interrogation » d'un nombre limité de personnes et par conséquent il est difficile de pouvoir établir des comparaisons significatives : les résultats restent donc contestables.

Pour autant, les entretiens ont tout à fait répondu à l'attente qualitative de mon étude. En effet, les réponses furent riches et illustrées par de nombreux détails, exemples et anecdotes qui m'ont permis de mieux cerner les thèmes évoqués. Cependant, un questionnaire proposant des questions fermées aurait pu me permettre d'avoir des réponses simples, appuyées sur des pourcentages et sur des points très précis. Il m'aurait peut être permis d'avoir une conclusion plus nette sur le mode de fonctionnement de l'AFT et donc indirectement, sur le rôle de l'ergothérapeute.

### **V.3- Apport personnel**

Le bilan est positif. Ce fut une expérience intéressante et unique que je n'aurais peut-être jamais effectuée dans un autre contexte. Je savais avant de l'entreprendre que ce travail demanderait rigueur et organisation, des qualités que je ne pensais pas avoir. Et pourtant... Pourtant j'ai dû faire face aux difficultés d'organisation, de méthodologie qui à terme, m'ont permis de développer mes capacités dans ce domaine et d'acquérir une confiance en mon travail.

Cette étude m'a également permis d'exploiter mes capacités à utiliser des outils d'expertise, à synthétiser ainsi qu'à rendre compte des résultats obtenus. J'ai pu me familiariser avec la démarche de recherche, avec ce qu'elle comporte de doutes et de remises en questions permanentes.

J'ai aussi pris conscience, de l'importance d'appuyer sa démarche sur des modèles conceptuels. J'ai ainsi appris à faire le lien, ce qui ne fut pas chose facile au début, entre des enseignements théoriques et les applications cliniques.

Avec du recul, je me rends compte du chemin parcouru pour élaborer ce mémoire. Au fil du temps, mon travail s'est affiné, a pris forme dans mon esprit, s'est adapté au fil de mes lectures, de ma rédaction et de mes rencontres. Il m'a incité à prendre des distances par rapport à mes idées et mes interrogations afin d'entrevoir mon travail sous un nouveau jour, et de permettre une remise en question de moi-même. De plus, il est à noter que toute cette démarche d'adaptation aux situations et à l'environnement imposée par ce travail de fin d'étude, fait partie intégrante des valeurs de mon futur métier.

## CONCLUSION

Dans le cadre d'une démarche de soins axée sur la réhabilitation, l'établissement d'un projet de vie avec les patients atteints de psychoses permet l'élaboration d'objectifs et de moyens de prise en charge adaptés aux aptitudes, aux habitudes de vie, à l'environnement, et aux attentes de ces patients. Dans cette optique, le travail de l'équipe sera d'orienter le patient vers une prise en charge la plus adaptée possible et permettant l'accomplissement de son projet de vie.

L'accueil familial thérapeutique (AFT), peut s'inscrire dans cette démarche comme étant un outil de soin spécifique, en allant ainsi au-delà de ce que les textes de loi appellent « une alternative à l'hospitalisation ».

Ce type de soin pourra ainsi être indiqué afin de faire évoluer des patients hospitalisés vers une plus grande autonomisation et, à plus ou moins long terme, d'accéder à une réinsertion sociale susceptible de réduire, autant que possible, une dépendance avec l'institution hospitalière.

Les pathologies psychiatriques impliquant souvent des troubles complexes altérant les activités de la vie quotidienne, les interactions sociales et les comportements, l'AFT se doit d'instaurer un suivi personnalisé par une équipe de professionnels qui devra prendre en compte tous les facteurs afin d'adapter au mieux l'accompagnement du patient.

J'ai pu à travers les recherches bibliographiques et les entretiens, cibler les enjeux et attentes de l'AFT et vérifier si les compétences de l'ergothérapeute pouvaient s'inscrire dans cette prise en charge.

Par ses moyens d'action diversifiés, l'ergothérapeute apporte des compétences spécifiques pour diminuer l'impact des déficits sur les rôles sociaux, les habitudes de vie d'un individu, à l'intérieur de son environnement.

Sa démarche d'évaluation globale, permet de cibler les capacités et incapacités du patient afin d'établir un plan d'accompagnement individualisé, en accord avec le projet de vie. Les visites au domicile de l'accueil, les mises en situation et en activités pourront ensuite permettre de compenser les difficultés, de restaurer ou d'acquérir une autonomie au quotidien. Il apparaît alors que l'ergothérapeute pourrait entrer clairement dans les champs d'actions de l'AFT et s'imposer comme un acteur-clé dans la réhabilitation psychosociale du patient. Or, d'après mes recherches, très peu d'ergothérapeute travaillent au sein de services d'AFT.

Ce mémoire tend donc à mettre en avant les valeurs et compétences que cette profession pourrait apporter dans ce domaine.

J'ai pu également observer qu'il n'y a pas de protocole précis du suivi du patient : l'accompagnement ainsi que les critères d'indication ou de sortie d'accueil sont propres à chaque structure. Il serait alors pertinent et bénéfique d'établir des évaluations et bilans permettant de cibler les objectifs des familles, d'orienter au mieux le patient, de suivre son parcours et de déterminer ses perspectives d'évolution vers une réhabilitation psychosociale.

# Bibliographie

## Références bibliographique

- [1]- ABRIC J.C., *Psychologie de la communication*, in Théories et méthodes, Armand Colin, Paris, 1999, 5-22.
- [2]- AILAM L., RCHIDI M., TORTELLI A., SKURNIK N., *Le processus de désinstitutionnalisation*, Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, Volume167, Issue 6, Pages 455-458.
- [3]- ALFANDARI E., MAUREL E., *Hébergement et réadaptation sociale*, Paris, Dalloz,1996.
- [4]- ANTHONY WA, KENNARD WA, O'BRIENWF, FORBESS R. *Psychiatric rehabilitation: past myths and current realities*. *CommMental Health J* 1986 ; 22 : 249-264
- [5]- BACHRACH L, *Déinstitutionnalization, an analytical review and sociological perspective*, NIMH Rockville M.d, 1976
- [6]- BARTON R. , *La névrose institutionnelle*, Edition du Scarabée, Paris 1969
- [7]- BESANCON G., *Manuel de psychopathologie-les psychoses-BDA*, Dunod, Paris, 1993
- [8]- BONNET C. , KAPSAMBELIS V. *Mesures sociales et réhabilitation dans le traitement des patients psychotiques*, 2002 Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS

- [9]- BOUVARD M. *Nouveaux systèmes de classification diagnostique chez l'adulte*. EMC Elsevier SAS, Paris, Psychiatrie, 37-065-A-10, 2006
- [10]- CEBULA JC., *L'accueil familial des adultes*, Dunod, Paris : 1999, p. 154
- [11]- CIFALI M., *Démarche clinique, formation et écriture*, in Paquay L., Altet M., Charlier E., Perrenoud Ph., *Former des enseignants professionnels. Quelles stratégies... pour quelles compétences ?*, Bruxelles, De Broeck, 1996, 121-135.
- [12]- CHABANNES J-C, *Les psychoses : données actuelles et perspectives*, Elsevier SAS, 2005, 57 à 82.
- [13]- DA SILVA K, *L'ergothérapie dans le processus de réhabilitation*, in *Ergothérapies*, 2005, 43 à 52
- [14]- DULAURENS M., *Pratique au sein d'un service de placement familial*, in *Ergothérapie en psychiatrie*, Coll. Ergothérapies, Ed Solal, Marseille, 2007, 139-152
- [15]- DURAND B., *Psychiatrie et réadaptation*, in *Journal de radaptation Médical*, Elsevier Masson, 2010, 160-166.
- [16]- EDMOND M. et PICARD D., « *L'école de Palo Alto: Un nouveau regard sur les relations humaines* », Retz Sejer, deuxième édition, Paris, 2004, p 19 à 68.
- [17]- FAUCHER L, GARREC-GLOANEC N, PASCAL JC, SIMONNOT AL., *Alternatives à l'hospitalisation psychiatrique de l'adulte*, in *Encyclopédie Médico-chirurgicale*, Elsevier SAS, Paris, 2003, 37-930-N-10, 10 p.
- [18]- FOUGEYROLLAS, P. et coll, *Classification québécoise Processus de production du handicap*, Réseau international sur le Processus de production du handicap, (RIPPH)/SCCIDIH, Québec, 1998, 166p
- [19]- GIMENEZ G., PEDINIELLI J-L., *Les psychoses de l'adultes*, Armand Colin, 2004

- [20]- GIRAUD-BARO E., *Réhabilitation psychosociale en France*, Annales Médico-Psychologiques, Elsevier-Masson, n°165, 2007, 191-194
- [21]- MASLOW A., *Vers une psychologie de l'être*, Fayard, Paris, 1972, 267p.
- [22]- MIERMONT J., *Théories de la communication*, in Encyclopédie Médico-chirurgicale, Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, 2001, 37-010-A-10.
- [23]- MINUCHIN S., ELIZUR J., *Maladie mentale et hôpital psychiatrique. Famille, psychothérapie et société*, De boeck, 2008
- [24]- MNASM, *La psychiatrie en France. Quelles voies possibles ?* Edition ENSP, 2005
- [25]- MOREL-BRACQ M-C, *Approche des modèles conceptuels en ergothérapie*, ANFE, Arcueil, 2004, 176
- [26]- PARSON Y., *Ergothérapie et réhabilitation : le sens de l'action*, in Ergothérapie en psychiatrie, Coll. Ergothérapies, Ed Solal, Marseille, 2007, (169-174 )
- [27]- PEREZ B., *Ergothérapie en psychiatrie : mise en place d'un programme de réhabilitation*. In *Expérience en ergothérapie*, 22<sup>ème</sup> série, Sauramps Médical, Montpellier, 2009, 247-258.
- [28]- PERRASSE M. et Coll., *L'accueil familial thérapeutique pour adulte. Des familles qui soignent ?*, Lavoisier, 2012
- [29]- PRIETO N et al. *Les structures alternatives en psychiatrie d'Ile-de-France*, in Annales Médico Psychologiques 164, Elsevier, France , 2006, 195–200.
- [30]- VIDON G., *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*, Paris, Frison-Roche, 1995.
- [31]- WETSCH-BENQUE M., *L'accueil familial thérapeutique des malades mentaux adultes*, in La réhabilitation psychosociale en psychiatrie, Paris, Frison-Roche, 1995, 315-344.

- [32] *L'accueil familial des adultes, l'accueil familial social, l'accueil familial thérapeutique*, supplément au n° 2458 in ASH, 2 juin 2006.

**Sites Internet**

- [33]- Définitions: [www.larousse.fr/encyclopedie/medical/psychose/15628](http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/psychose/15628)

- [34]- Handicap: [www.informations.handicap.fr/art-handicap-1-3122.php](http://www.informations.handicap.fr/art-handicap-1-3122.php).

- [35]- INSERM: [www.inserm.fr](http://www.inserm.fr)

- [36]- RIPPH: [www.ripph.qc.ca/?rub2=2&rub=6&lang=fr](http://www.ripph.qc.ca/?rub2=2&rub=6&lang=fr)

- [37]- SROS: [www.sante.gouv.fr/sros.html](http://www.sante.gouv.fr/sros.html)

- [38]- Textes de loi: [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

[www.famidac.fr](http://www.famidac.fr) : Famidac, l'association des accueillants familiaux et de leurs partenaires

## **SOMMAIRE DES ANNEXES**

**Annexe 1 :** EXTRAIT de la LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

**Annexe 2 :** Extrait de l'arrêté du 5 juillet 2010, référentiel de compétences.

**Annexe 3 :** Articles de loi relatifs à l'accueil familial : loi du 21 juillet 2009 et arrêté du 1<sup>er</sup> octobre 1990.

**Annexe 4 :** Tableau de correspondance thèmes-critères de la matrice

- Pyramide de Maslow
- PPH
- Théorie de la communication de Shannon et Weaver
- L'école de Palo-Alto

**Annexe 5 :** Retranscription des entretiens

- C., Infirmière Diplômée d'Etat
- P., Moniteur Educateur
- Mme S., Famille d'accueil thérapeutique

# **Annexe 1**

## **EXTRAIT de la LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1)**

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,  
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

- **TITRE Ier : DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

### Article 1

Avant l'article L. 146-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 146-1 A ainsi rédigé :

« Art. L. 146-1 A. - Dans toutes les instances nationales ou territoriales qui émettent un avis ou adoptent des décisions concernant la politique en faveur des personnes handicapées, les représentants des personnes handicapées sont nommés sur proposition de leurs associations représentatives en veillant à la présence simultanée d'associations participant à la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés aux 2°, 3°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 et d'associations n'y participant pas. »

### Article 2

I. - Le chapitre IV du titre Ier du livre Ier du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

Avant l'article L. 114-1, il est inséré un article L. 114 ainsi rédigé :

« Art. L. 114. - Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » ;

L'article L. 114-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté.

« L'Etat est garant de l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire et définit des objectifs pluriannuels d'actions. »

3° Le second alinéa de l'article L. 114-2 est ainsi rédigé :

« A cette fin, l'action poursuivie vise à assurer l'accès de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte handicapé aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et son maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie. Elle garantit l'accompagnement et le soutien des

familles et des proches des personnes handicapées. »

## **Annexe 2**

### **Extrait de l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute Diplôme d'état d'ergothérapie : Référentiel de compétences**

Le référentiel de compétences selon l'annexe II de l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute Dans le respect du champ d'intervention des autres professions réglementées.

- Compétence 1.** Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique.
- Compétence 2.** Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement.
- Compétence 3.** Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie.
- Compétence 4.** Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques. En l'absence d'une orientation médicale impliquant un professionnel de l'appareillage.
- Compétence 5.** Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique.
- Compétence 6.** Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie.
- Compétence 7.** Évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle.
- Compétence 8.** Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques.
- Compétence 9.** Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs.
- Compétence 10.** Former et informer.

#### **COMPETENCE 1**

##### **Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique**

1. Identifier les besoins et les attentes liés à la situation ou au risque de handicap d'une personne et de son entourage ou d'un groupe de personnes, dans un environnement médical, professionnel, éducatif ou social.
2. Intégrer et appliquer les connaissances pertinentes émergeant des sciences biomédicales, des sciences humaines, des sciences de l'activité humaine et des technologies, en relation avec les

théories de l'activité et de la participation.

3. Conduire un entretien visant au recueil d'informations.
4. Choisir et maîtriser les instruments de mesure, les méthodes, les moments et les lieux appropriés pour mener les évaluations en ergothérapie en fonction des modèles d'intervention.
5. Évaluer les intégrités, les lésions, les limitations d'activité et les restrictions de participation des personnes ou des groupes de personnes, en prenant en compte les âges, les pathologies, les environnements humains et matériels et les habitudes de vie.
6. Identifier les éléments facilitant ou faisant obstacle à l'indépendance et à l'autonomie, liés à la personne et à son environnement humain et matériel.
7. Repérer et analyser les comportements et situations à risque pour la santé.
8. Élaborer et formuler un diagnostic ergothérapeutique prenant en compte la complexité de la situation de handicap.
9. Assurer la traçabilité des éléments recueillis dans le dossier du patient.

### **Compétence 3**

#### **Mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie**

1. Adapter l'activité en fonction des capacités et des réactions de la personne, du contexte et des exigences requises pour l'accomplissement de l'activité.
2. Mettre en place et adapter le cadre thérapeutique en fonction de la situation et des réactions de la personne ou du groupe de personnes.
3. Installer la personne de façon appropriée et ergonomique.
4. Concevoir, préconiser et réaliser des équipements et des matériels de confort, de prévention et de facilitation de l'activité et en vérifier la conformité.
5. Évaluer les effets des activités en tenant compte des conditions de sécurité, d'hygiène et des recommandations techniques des produits et des matériels et en assurer la traçabilité.
6. Mettre en œuvre les techniques en ergothérapie en vue de maintenir et améliorer les gestes fonctionnels :
  - techniques d'entraînement articulaire, musculaire, sensitif et sensoriel ;
  - techniques de réafférentation proprioceptive, d'intégration motrice, cognitivo-sensorielle et

relationnelle, de facilitation neuro-motrice, techniques cognitivo-comportementales et de stimulation cognitive;

- techniques de guidance et d'accompagnement ;
- techniques de compensation et de remédiation.

7. Identifier les facteurs et mettre en oeuvre les stratégies favorisant l'engagement des personnes dans l'activité et l'amélioration de leur autonomie.

8. Utiliser les techniques d'entraînement en vue de développer la tolérance à l'effort et à l'endurance.

9. Accompagner la personne dans le transfert de ses acquis fonctionnels et cognitifs dans son contexte de vie par des mises en situation écologique.

10. Conduire une relation d'aide thérapeutique comme base du processus d'intervention en ergothérapie.

11. Animer et conduire des groupes selon différentes techniques, analyser la dynamique relationnelle dans le groupe ou dans le système familial, professionnel, éducatif et social.

12. Faciliter et recueillir l'expression de la personne sur ses conflits internes lors de mises en situation d'activité.

## **ANNEXE 3**

### **Articles de loi relatifs à l'accueil familial :**

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

#### **Article 92**

*La seconde phrase du premier alinéa de l'article L.443-10 du code de l'action sociale et des familles est remplacée par trois phrases ainsi rédigées :*

*« Les obligations incombant au président du conseil général en vertu de l'article L.441-1 peuvent être assumées par l'établissement ou le service de soins. Les obligations incombant au président du conseil général en vertu de l'article L.441-2 sont assumées par l'établissement ou le service de soins. Les accueillants familiaux thérapeutiques employés par cet établissement ou service sont des agents non titulaires de cet établissement ou service. »*

#### **Arrêté du 1er octobre 1990 - organisation et fonctionnement des services d'AFT**

Art. 1er. - Les services d'accueil familial thérapeutique organisent le traitement des personnes de tous âges, souffrant de troubles mentaux, susceptibles de retirer un bénéfice d'une prise en charge thérapeutique dans un milieu familial substitutif stable, en vue notamment d'une restauration de leurs capacités relationnelles et d'autonomie. S'agissant de personnes mineures, cette prise en charge comporte également une composante éducative adaptée au développement psychomoteur et intellectuel des enfants accueillis.

**Art. 2.** - Ces services peuvent être mis en oeuvre par tout établissement assurant le service public hospitalier et participant à la lutte contre les maladies mentales, au sein des secteurs psychiatriques mentionnés à l'article L. 326 du code de la santé publique.

Art. 3. - Les patients relevant des dispositions des articles L. 333 à L.341 et L.342 à L.349 du code de la santé publique, relatifs respectivement à l'hospitalisation sur demande d'un tiers et à l'hospitalisation d'office, ne peuvent bénéficier des services d'accueil familial thérapeutique.

Art. 4. - Les modalités d'accueil et d'action de l'unité d'accueil familial ainsi que les prestations de soins spécialisés doivent être adaptées au projet thérapeutique retenu pour chaque malade accueilli.

L'accueil familial thérapeutique peut constituer une première prise en charge. Il peut s'effectuer à temps plein ou à temps partiel et être utilisé de façon discontinue. Il peut être associé simultanément à d'autres modes de prise en charge.

Art. 5. - L'unité d'accueil familial thérapeutique peut être constituée soit par une famille au sens traditionnel du terme, soit par une famille dite thérapeutique constituée spécialement pour accueillir les malades, soit par une communauté d'accueil thérapeutique. La famille dite thérapeutique regroupe deux adultes des deux sexes. La communauté d'accueil thérapeutique regroupe plusieurs adultes, des deux sexes, dont le nombre est apprécié en fonction de celui des patients accueillis et la nature de leur pathologie. L'unité d'accueil familial thérapeutique reçoit les patients à son domicile, ou dans un lieu agréé à cet effet.

Art. 6. - Les unités d'accueil doivent s'attacher, avec l'aide de l'équipe de soin, à reconnaître les besoins spécifiques des patients et y répondre. Elles contribuent à l'insertion du malade dans l'environnement extérieur et participent au projet thérapeutique élaboré par l'équipe de soin.

Art. 7. - Le nombre de personnes reçues par unité d'accueil familial ne peut dépasser deux. Ce nombre peut être porté à trois par le préfet de département, sur proposition du médecin inspecteur de la santé de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales. Il peut être dérogé à cette règle par le préfet sur proposition du médecin inspecteur de la santé dans le cadre de communautés d'accueil thérapeutiques, sous réserve que plusieurs personnes de l'unité d'accueil consacrent exclusivement leur activité aux malades.

Art. 8. - Le directeur de l'établissement hospitalier gestionnaire du service recrute le membre des familles d'accueil thérapeutique responsable de l'accueil ou les personnes composant les familles dites thérapeutiques et les communautés thérapeutiques, sur proposition du médecin psychiatre responsable technique du service d'accueil familial et après enquête de l'équipe de soin de ce service. Il met fin à leur participation dans les mêmes conditions, hormis les cas de faute grave nécessitant un retrait immédiat du malade. Les personnes recrutées pour recevoir des mineurs à leur domicile doivent disposer de l'agrément d'assistante maternelle délivré par le président du conseil général du département conformément aux dispositions de l'article 123-1 du code de la famille et de l'aide sociale. Lorsque l'agrément d'assistante maternelle n'est pas requis, ou lorsque l'unité d'accueil n'a pas été agréée par le président du conseil général en application de la loi du 10 juillet 1989 susvisée, le dossier constitué en vue du recrutement comporte nécessairement une enquête sociale.

Art. 9. - Les personnes qui dans les unités d'accueil familial consacrent à leur domicile leur activité aux patients accueillis doivent, lorsqu'il s'agit d'enfants, se voir appliquer au minimum le statut d'assistante maternelle et les dispositions des articles 123-1 à 123-8 du code de la famille et de l'aide sociale et du décret du 29 mars 1978 susvisé.

Les personnes recrutées pour prendre en charge des malades adultes doivent bénéficier à tout le moins de la rémunération et des indemnités prévues dans chaque département en application de l'article 18 de la loi du 10 juillet 1989 susvisée.

Le règlement intérieur du service d'accueil familial mentionné à l'article 14 du présent arrêté précise le statut, la rémunération et les indemnités dont ces personnes bénéficient.

Art.10. - Les conditions générales d'hébergement doivent respecter les règles générales d'hygiène mentionnées aux articles L. 1er et suivants du code de la santé publique.

Le malade doit disposer d'une chambre personnelle. Toutefois, s'agissant d'un malade mineur, celui-ci peut partager la chambre. Lorsque les familles reçoivent des patients à leur domicile, le

dossier d'agrément doit comporter des indications détaillées sur le logement et les conditions matérielles d'accueil.

Art. 11. - Les unités d'accueil doivent, sans préjudice des dispositions particulières du contrat passé pour chaque malade :

- agir dans le respect du malade : les membres de l'unité d'accueil sont tenus à la discrétion au regard de la vie privée des malades et au secret professionnel ;
- respecter le projet thérapeutique défini par l'équipe de soins et participer à sa mise en oeuvre ;
- recevoir l'équipe de soins, les personnes associées au traitement et accepter un contrôle ;
- permettre, le cas échéant, au malade d'entretenir des relations avec sa famille naturelle et de la recevoir ;
- fournir les prestations liées à l'hébergement de la personne ; ces prestations font l'objet d'une description précise dans le contrat d'accueil, notamment en matière de logement, nourriture, chauffage, blanchissage, entretien et garde du trousseau... ;
- faire appel en cas de troubles somatiques au médecin traitant du malade, en respectant s'il en a un le choix de ce dernier, ou à l'établissement de rattachement ou, le cas échéant, à un service d'aide médicale urgente.

Les unités d'accueil ont l'interdiction :

- d'accueillir un malade dont l'un des membres de l'unité d'accueil assure la tutelle ;
- de percevoir ou détenir des sommes d'argent appartenant au malade, sauf accord particulier avec l'équipe du service d'accueil familial, dans le cadre du projet thérapeutique retenu ;
- de recevoir un legs de la personne accueillie ;
- de faire travailler le malade sauf accord particulier, dans un but de réinsertion, du médecin psychiatre assurant la responsabilité technique du service et du malade. Dans ce dernier cas, les travaux effectués par le patient sont clairement définis dans le contrat d'accueil individuel, de même que le mode de rétribution dont il bénéficie en retour.

Le non-respect de ces obligations peut entraîner l'annulation du contrat d'accueil du malade et, le cas échéant, l'application des dispositions prévues au deuxième alinéa de l'article 8 du présent arrêté.

Art.12. - Une équipe de soin pluridisciplinaire et spécialisée, constituée au sein d'une ou de plusieurs équipes de secteur psychiatrique, assure l'organisation, le soutien thérapeutique et le contrôle de l'accueil familial dans le respect du règlement intérieur prévu aux articles 14 à 16 du présent arrêté.

Art. 13. - La responsabilité technique et médicale du service est confiée à un médecin psychiatre qui coordonne l'équipe visée à l'article précédent. Si l'activité de tout ou partie des membres de l'équipe n'est pas entièrement consacrée au service d'accueil, elle doit être nettement individualisée. Avec le concours de l'équipe de soin, le médecin coordonnateur :

- pose les indications de l'accueil familial et en assure le suivi médical ;
- prépare le malade et le cas échéant sa famille naturelle à ce mode de prise en charge et indique à ladite famille les dispositions du contrat qui la concerne en application de l'article 17 ci-après ;

- informe le patient des conditions de son accueil, des prestations dont il peut bénéficier au sein de l'établissement gestionnaire ou à l'extérieur, de l'organisation de l'équipe et de la personne référente à laquelle il peut faire appel ;
- recueille le consentement du malade ou le cas échéant celui de son représentant légal sur le choix de l'unité d'accueil ainsi que le consentement des membres de l'unité d'accueil familial ;
- effectue la mise en relation du patient et de l'unité d'accueil familial et en suit l'évolution ;
- indique au malade et à la famille d'accueil la personne à joindre en cas d'urgence la nuit, les dimanches et jours fériés ;
- contrôle l'aspect matériel de l'accueil, l'installation du malade, le respect de son confort et de ses droits ;
- dirige et soutient l'action de l'unité d'accueil familial ;
- apporte éventuellement une aide à la famille naturelle du malade et tente de restaurer les liens du malade avec celle-ci, lorsque cela s'avère possible et souhaitable.

L'équipe dispose :

- de locaux individualisés pour répondre aux appels, se réunir et organiser avec les patients, les familles, toutes les rencontres ou activités qu'elle jugera utiles ;
- des moyens de transport nécessaires.

Art. 14. - Un règlement intérieur est élaboré par le directeur de l'établissement hospitalier gestionnaire du service en concertation avec l'équipe de soin. Il est soumis au conseil d'administration de l'établissement après avis de la commission médicale d'établissement et approuvé par le préfet. Il est 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.

Art. 15. - Le règlement intérieur définit les missions et objectifs du service d'accueil familial, ainsi que l'âge des malades qui peuvent en bénéficier. Il fixe l'organisation et 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 soin dans le respect des termes du présent arrêté.

Art. 16. - Le règlement intérieur doit indiquer :

1. 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 ;
- les éléments constitutifs du dossier administratif de chaque personne recrutée ;
- la nature des enquêtes et entretiens demandés en vue du choix des unités d'accueil ou des communautés d'accueil thérapeutiques ;
- les critères de sélection retenus.

2. Les conditions d'accueil dans les familles :

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

3. Les obligations des unités d'accueil mentionnées à l'article 11 du présent arrêté.
4. Les conditions d'indemnisation ou de rémunération des unités d'accueil et les possibilités d'indemnisation qui leur sont offertes en cas d'absence momentanée d'un malade.
5. Les modalités de retrait d'agrément et les modalités de fin d'agrément des unités d'accueil familial et les conditions de leur renouvellement.
6. Les dispositions relatives à l'assurance des unités d'accueil et des malades.

Art. 17. - Le contrat d'accueil passé avec chaque unité d'accueil familial est signé par le directeur de l'établissement gestionnaire du service d'accueil familial et les membres de l'unité d'accueil familial. Il rappelle les droits et obligations des unités d'accueil familial par référence aux articles concernés du règlement intérieur. Il précise en tant que de besoin les dispositions particulières, notamment le nombre maximal de malades que chaque unité peut accueillir. Il indique clairement le mode de rétribution des personnes qui ont en charge les malades. Lors de l'accueil de chaque nouveau malade, une annexe au contrat indique le contenu du projet thérapeutique retenu et toutes dispositions particulières qu'il induit. Cette annexe est signée par le directeur de l'établissement gestionnaire, le médecin psychiatre responsable technique, les membres de l'unité d'accueil familial et le malade ou, le cas échéant, son représentant légal.

Cette annexe précise notamment :

- les règles de conduite que le malade est tenu d'observer et, le cas échéant, l'organisation des relations avec sa famille naturelle ;
- les modalités de participation du malade à la vie familiale de l'unité d'accueil.

Art. 18. - L'arrêté du 14 août 1963 annexant au règlement intérieur modèle de service intérieur des hôpitaux psychiatriques un règlement modèle du placement familial surveillé est abrogé à compter de la date de publication du présent arrêté.

Art. 19. - Le directeur général de la santé et le directeur des hôpitaux sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

## ANNEXES 4

**Tableau de correspondance thèmes-critères de la matrice**

Variable	Critères	Indicateurs	Indices
<b>La pyramide de Maslow</b>	<b>Besoins physiologiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- respirer</li> <li>- boire</li> <li>- manger</li> <li>- éliminer</li> <li>- dormir</li> <li>- se mouvoir</li> <li>- se laver</li> <li>- se vêtir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indications ou contre indication du placement en famille d'accueil thérapeutique</li> <li>par rapport à l'autonomie des actes fondamentaux de la vie quotidienne</li> <li>-Evaluation de l'autonomie</li> </ul>
	<b>Besoins psychologique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- besoin de sécurité physique</li> <li>- besoin de sécurité psychologique</li> <li>- besoin de protection</li> <li>- besoin de maîtrise</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indication du placement par rapport à l'observance du traitement, la tolérance à la frustration...</li> <li>- Avoir un toit</li> <li>- Proximité de l'équipe de soin</li> <li>- Proximité de la famille</li> </ul>
	<b>Besoins sociaux/d'appartenance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- besoin d'appartenance</li> <li>- besoin affectif</li> <li>- besoin d'intégration sociale, familiale et professionnelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etre « chez soi »</li> <li>- Notion de « famille »</li> <li>- Proximité de l'entourage</li> <li>- Entourage présent</li> <li>- Impact sur les relations sociales</li> <li>- Communication</li> <li>- Environnement humain</li> </ul>
	<b>Besoin d'estime</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- besoin de confiance en soi</li> <li>- besoin de considération des autres</li> <li>- besoin de reconnaissance</li> <li>- besoin d'indépendance et d'autonomie</li> <li>- besoin de conserver son identité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avoir conscience de ses capacités</li> <li>- Soutien familial</li> <li>- Relations sociale</li> <li>- Autonomie dans les activités de la vie quotidienne</li> <li>- Autonomie indépendance relative</li> <li>- Alternative à l'hospitalisation</li> <li>- Liens maintenus avec la famille d'origine</li> <li>- Notion de respect réciproque</li> </ul>
	<b>Besoins de s'accomplir</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- réalisation de soi</li> <li>- épanouissement</li> <li>- créativité</li> <li>- perception de la réalité</li> <li>- découvertes de ses compétences</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avoir une place dans la société</li> <li>- Avoir une tâche à réaliser dans la collectivité</li> <li>- Echanger, partager avec les autres</li> <li>- Ouvrir sur l'extérieur et sur des perspectives de réinsertion socioprofessionnelle</li> </ul>

		- enrichir ses connaissances	- Tremplin vers un projet de vie solide
--	--	------------------------------	---

Variable	Critères	Indicateurs	Indices
<b>Le processus de production du handicap</b>	<b>Facteurs personnels</b>	Identité socioculturelle	- Indications du placement : niveau culturel, goûts, motivation, projet du patient... - Prise en compte de l'histoire du patient par l'équipe
		Aptitude (cognitive et comportementale)	- Choix de la famille - Evaluer les capacités et incapacité pour résoudre les problèmes, dysfonctionnements rencontrés au sein de la famille - Capacité d'intégration
	<b>Facteurs environnementaux</b>	Environnement matériel	- Choix de la famille - Délivrance de l'agrément par rapport au logement familiale - Capacité d'intégration à l'environnement
		Environnement humain	- Choix de la famille - Délivrance de l'agrément par rapport à l'environnement humain, les membres de la famille... - Présence de l'équipe de soin - Présence de la famille
	<b>Habitudes de vie</b>	AVJ	- Evaluations du patient - Suivi dans les actes de la vie quotidienne, déterminer les capacités, incapacité et proposer des solutions compensatoires - Loisirs et relations sociales
		Activité professionnelle	- Possibilité d'ouverture vers l'extérieur, statut à part entière dans la société permet d'ouvrir sur des perspectives d'insertion socioprofessionnelles
		Facilitateur	- Intervenants extérieurs/structures intermédiaires - Suivi du patient - Soutien à la fois dans un cadre familial et par l'équipe soignante dans un mode de prise en charge à part entière

		Obstacle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pathologie psychiatrique</li> <li>- Fin du placement</li> <li>- Echech du projet</li> <li>- Mésentente avec la famille ou le co-accueilli</li> </ul>
--	--	----------	---

Variable	Critères	Indicateurs	Indices
<b>La communication Shannon et Weaver</b>	Emetteur	Transmet l'information	Ergothérapeute (équipe)
			Famille
			Patient
	Récepteur	Reçoit l'information	Ergothérapeute (équipe)
			Famille
			Patient
	Codage : contenu du message	Communication verbale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transmission interdisciplinaire, réunion d'équipe, réunion de synthèse</li> <li>- Conseils, stratégies compensatoire, « éducation thérapeutique »...</li> <li>- Evaluations du patient, de la famille</li> <li>- Expression des difficultés, problème par la famille/patient</li> <li>- Visites à domicile</li> </ul>
Canal de communication	Support du message	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dossier du patient</li> <li>- Carnet de liaison</li> <li>- Synthèses</li> <li>- Visite à domicile</li> </ul>	
Feedback	Rétroaction réciproque	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contrôle de la compréhension du message par l'émetteur.</li> <li>- Adaptation du message à la famille par l'ergothérapeute</li> </ul>	

			- S'assurer de la compréhension du message : évaluation, visites à domicile...
<b>L'Ecole de Palo-Alto</b>	« On ne peut pas ne pas communiquer »	Tout comportement (non verbal ou verbal) a un caractère d'information	- Interprétation erronée de comportement du patient psychotique - Explications des comportements par l'équipe
	métacommunication	Communiquer sur la communication	- S'assurer de la compréhension du message - Evaluation - Mises en situation
	Nature de la relation entre les partenaires	Incidence réciproque des informations	-Respect réciproque - Collaboration des acteurs de la PEC - Echange entre les partenaires - Incidence des informations données
	Communication symétrique ou complémentaire	l'égalité ou l'inégalité	- Respect réciproque - Relation symétrique de l'équipe et de la famille - Consensus

# ANNEXE 5

## Entretien

### C., Infirmière.

#### *1. Sur quels critères se fait l'indication du placement en famille d'accueil pour un patient?*

Alors l'indication donc nous ont est CHSI, centre hospitalier spécialisé interdépartementale, c'est-à-dire qu'on travaille avec tous les hôpitaux de France. Donc il y eu un moment donné plein de dépliants envoyés dans toute la France pour faire connaître l'établissement et l'accueil familial thérapeutique puisque il y en a 2 de cette grandeur : Dun sur Auron qui avant n'acceptait que les dame et >Ainay le Château, les messieurs, et la mixité est depuis les années 70. Donc quant il y a une demande de candidature adressé par un autre hôpital, suite à cela il y a des feuilles euh des documents à fournir a l'établissement et il y a une consultation préalable. Ce qui veut dire que un patient est accompagné soit de l'infirmier, assistante sociale ou psychiatre et nous nous en tant qu'infirmier à Ainay le Château ont a chacun notre tour à recevoir cette équipe adresseuse. Donc l'infirmier d'Ainay reçoit cette équipe, montre des accueils au patient, et pose des questions sur sa vie au quotidien, essaye de connaitre son niveau culturel, social, ses goûts, sa motivation à venir en accueil familial thérapeutique. Suite à cela on a une consultation avec le généraliste pour évaluer. Parce que un critère qui ne correspond pas à l'établissement c'est l'alcool. Si la personne est addict, à une drogue ou l'alcool, c'est une contre indication formelle à sa venue ici. Suite a ça il y a une observation au niveau infirmier au niveau du self, une observation au niveau des ateliers quand il visite l'ergothérapie et par rapport aussi à la visite de l'unité d'accueil car lorsqu'ils viennent, si on accepte que cet personne vienne à l'établissement il passe 8-10 jours à l'unité d'accueil pour nos collègues puissent les observer par rapport a l'observance du traitement, les frustrations, ses attitudes en groupe et pour avoir le choix après de la future famille d'accueil. Cette unité est composée, d'IDE d'aides soignant, cadre de santé et puis psychologue ponctuellement, les psychiatres. Voila.

#### *- Y a-t-il des évaluations ?*

Les évaluations ?... Il y a une réunion clinique les lundis après-midi où il y a le psychologue, généraliste, psychiatres, les infirmiers ou les cadres de zone. Chaque unité parle des patients qui posent problèmes ou ont besoins d'être accueilli. Donc si on prend l'exemple du patient qui vient d'être accepté après la consultation préalable à l'unité d'accueil, après les observations, les collègues vont dire « ce Monsieur ou cette dame peut aller en accueil familial thérapeutique, ils nous donnent les observations, nous dit comment doit être la famille d'accueil : chaleureuse,

cadran, dans un milieu retiré, une ferme ou plutôt en ville, plutôt avec une dame ou un homme. Et suite à cela le futur accueilli va visiter un accueil avec l'infirmier référent de la zone, et là il décide, il a droit de réfléchir doit dire si cela lui convient ou pas. La famille aussi peut donner son avis et peut dire si elle souhaite ou non l'accueillir.

## *2. Quelles sont les actions réalisées par l'équipe avant, ou à l'arrivée du patient dans la famille ?*

Si c'est une famille dont c'est le premier accueil il y a eu avant tout un protocole pour qu'elle soit acceptée comme famille d'accueil et après chaque infirmier...disons qu'il y a pas de règle générale, c'est un peu le ressenti de chaque infirmier. Son rôle c'est d'aller voir, présenter déjà ce patient, et si cette personne nous dit avant la visite j'ai des questions on peut l'informer avant, sinon on y va on présente le patient, le jour ou il est accueilli.

Donc dans les jours qui suivent l'arrivée, l'infirmier référent va chez la famille d'accueil car on doit donner des informations à la réunion clinique du lundi donc dans la première semaine on est obligée... enfin on est obligée non, de toute façon c'est le but... Donc on va voir comment la personne s'adapte, comment se passent les nuits, les repas, sa vie quotidienne quoi. Ya pas de règle quoi, c'est le ressenti de l'infirmier référent c'est en fonction des demande du patient et de la famille voila ...Ca va être du cas par cas... Et puis il y a aussi la sensibilité de l'infirmier, il faut aussi donner des priorités, mais bon voila il y a pas de protocole.

Donc ça va dépendre des cas. Ça dépend, la famille est avertie qu'on passe et on lui dit au départ juste les grandes lignes parce que elles sont pas formé par rapport aux pathologies, donc parfois aussi elles ne préfèrent pas savoir, parce que maintenant avec internet elles vont chercher à en savoir plus et il risque d'y y'avoir plus de crainte de peur face aux pathologies et elles seront moins naturelles. Mais on leurs explique, ce que j'ai toujours expliqué moi c'est quand ils ont des enfants, de ne pas laisser aller et les petit tout seul dans l'accueil parce que on a des patients qui ont comment dire ...des déviances, qu'elles fassent attention sans avoir non plus trop à s'inquiéter. On travaille beaucoup aussi sur le respect, en leur expliquant bien qu'il doit être réciproque. Moi j'ai souvent fait des réunions triangulaires : c'est-à-dire avec le patient, la famille d'accueil et le représentant de l'hôpital, entre autre là c'est l'infirmier. Ça permet d'expliquer aussi bien au patient qu'à la famille leurs rôles respectifs, et préciser que la famille est en lien avec l'hôpital donc qu'elle agit en rapport avec le projet thérapeutique, une prescription médicale. Aussi expliquer au patient qu'il est acteur de son soin. Moi je préfère expliquer tout ça devant tout le monde, le patient et la famille, sauf si y a un délire particulier, par exemple mystique. Dans ce cas là on peut expliquer en aparté à la famille qu'il faut éviter d'aborder ce sujet, quelle attitude aborder par rapport a telle ou telle phrase, voila. On les prévient aussi par rapport au transfert mais bon parfois elles ont des formations et puis elles hésitent plus trop à appeler maintenant en cas de doute. Elles on compris qu'on travaille en collaboration, ensemble et que il nous faut cet ensemble pour pouvoir faire quelque chose pour le patient.

### 3. Y a-t-il un suivi du patient ? quels sont les rôles respectifs des différents intervenants / structures intermédiaires ?

On a des dossiers donc dossier de liaison à donner à la famille d'accueil et par la suite on transmet le projet thérapeutique. Mais au départ c'est un dossier de liaison donc il y a des choses à dire ... Des consignes, des observations à donner à la famille d'accueil. Par exemple l'infirmier délègue l'hygiène et la prise de médicament à la famille, donc il faut tout expliquer, comment donner les médicaments, à quoi ils servent, les contre-indications et surtout bien préciser quand c'est des antipsychotiques neuroleptiques, s'il y a température de ne pas donner le médicament et nous appeler. Il faut expliquer aussi que si le patient il a pas la même attitude, qu'elle observe s'il est plus triste, qu'il n'a pas dormi, a la constipation ou la diarrhée voilà. On leur précise qu'il vaut mieux qu'elle appelle pour rien plutôt qu'elle n'appelle pas et qu'on passe à côté de quelque chose. Donc ça leur est dit.

Après par rapport à l'hygiène il y a des gens qui sont plus ou moins à l'aise. Parfois il faut qu'elles aident, ou qu'elles stimulent à la toilette. Mais ça ne se fait dans les premiers jours, suivant les cas. Parce que le patient aura pas forcément la même attitude qu'à l'unité d'accueil... Voilà, après l'infirmier référent passe plus ou moins régulièrement selon la demande de la famille ou du patient, il y a pas de règle générale.

Après au bout d'un mois, à peu près je sais plus trop il faudrait que je redemande, il y a souvent une prescription d'ergothérapie avec demande d'évaluation parce que on fait une évaluation, que l'on retranscrit donc on voit si la personne sait lire, écrire, sait s'orienter si elle connaît la valeur de l'argent, son niveau culturel... Puis son lui fait visiter l'ergo, qu'il voit par quel atelier il peut être intéressé, après on fait une synthèse qui est donnée à l'infirmier référent et au psychiatre et à ce moment-là il y a une prescription de PEC en ergothérapie. Au niveau des structures intermédiaires, on a l'ergo, de l'ergo dépend le jardin, il y a la lingerie ou il y a un petit poste, il y a des patients qui travaillent au magasin, à la cuisine, et il y a le bar, il y avait la coiffure aussi jusqu'à présent.

#### - Quelles sont les principales difficultés rencontrées au quotidien ?

C'est surtout quand un patient est encore très délirant, c'est pas évident pour la famille de savoir comment gérer le délire, déjà parfois pour nous c'est pas facile alors les familles elles ne sont pas formées. Il y a aussi quand le patient refuse la douche, les problèmes d'hygiène quoi, puis elles y tiennent car elles savent qu'elles sont responsables. Le problème aussi c'est s'il n'y a pas de prise de médicaments... Puis aussi si la personne fugue ou décède dans l'accueil c'est aussi des soucis. Donc là dans ces cas là elles ont un dossier de protocole pour savoir qui elle doit appeler. Voilà après il y a parfois des disputes entre 2 patients, car il y a souvent 2 patients par accueil. Dans ces cas-là elles appellent.

Les familles vont avoir ou on eu une formation aussi sur le suicide, pour expliquer que le patient quand il est en retrait, triste, pas comme d'habitude il ne faut pas qu'elles hésitent à nous appeler. Dès qu'il y a le moindre doute.

#### - Dans ces cas là qui intervient ?

Alors généralement elles appellent l'infirmier de zone, si elles n'arrivent pas à le joindre elles peuvent appeler l'USPP : l'unité de soins psychiatrique prolongée qui eux ont un numéro d'urgence et peuvent répondre à tout moment et venir au devant de la famille d'accueil. Après elles ont ordre également d'appeler le 15 en cas de problème grave, comme elle ferait avec quelqu'un de sa famille.

#### 4. D'après vous, quel effet peut avoir un milieu familial de substitution sur la réinsertion sociale ?

Il retrouve de l'affectif. Après il faut savoir garder la bonne distance : ça c'est un travail qu'il y a à faire avec la famille. Parce que ils vivent quand même dans la famille 24h/24 et il y a des liens qui se créent forcément. Ça permet aussi la réassurance car c'est plus les murs de l'hôpital, c'est un lieu de tout les jours, rassurant, un milieu connu, c'est un peu son chez soi. Ils oublient la notion d'hospitalisation. Pourtant ils sont hospitalisé mais la famille leur permet d'oublier le contexte. Après ils s'en rappellent pour tout ce qui est des restrictions, il y a quand même un cadre à respecter...

Ça permet aussi des réapprentissage par rapport à l'hygiène, à l'acceptation de la prise de médicament, au respect des horaires, des règles de la vie en société. Et voilà, en règle général il y a une évolution, moi je le vois bien, on les voit évoluer, il y a un respect qui s'instaure, il y a ce travail qui se fait, au niveau de l'autonomie de la vie quotidienne. Et puis, bon c'est pas la totalité mais on les réhabitue parfois à aller faire les courses avec la famille, enfin après ça peut être demandé par l'infirmier. Il y en a qui ont perdu cette notion de socialisation, qui ne savent plus faire les courses, de part souvent une trop longue hospitalisation. Il y a des familles qui les emmènent à des concerts, des sorties, d'autres non. Ils ont encore des réticences je crois. Mais bon faut voir aussi que les familles elles s'en occupent 24/24 donc le weekend et les soirs elles veulent un peu de temps pour elles. Je crois qu'il y a ça aussi, ça peut se comprendre. Faudrait qu'ils le fassent en dehors des weekends quoi...

Après aussi au niveau des relations sociales ça apporte énormément. Au niveau du comportement avec les autres. Il y le respect, qu'ils on peut être perdu en institution. Ils réapprennent qu'ils ont des droits et des devoirs, ça les ramènent dans la réalité entre guillemet. Voilà, les ramener dans une réalité qui fait que si on veut vivre dans un autre contexte que l'hôpital il y a ces règles et elles seront partout. Mais c'est aussi aidé par l'activité. Ça permet aussi aux familles de souffler de venir en ergo car il y a des patients aussi qui sont lourds dans la PEC.

- Quelles sont vos attentes quant à un placement ?

Ce qui serait l'idéal c'est qu'il y ait donc le projet à court terme qui est donc le placement en accueil familial thérapeutique mais aussi qu'il y ait un projet à long terme, qu'ils puissent ne pas passer 50 ans à Ainay. Qu'il y ait une suite, que ce soit un foyer, un ESAT mais bon pff ... Les structures aux alentours sont tellement rare ou comblées que le patient reste plus longtemps que prévu. A la base c'est censée être un placement provisoire, parce que sinon ba l'hôpital est engorgé de patient chronique on va dire et on peut plus travailler avec des équipes adresses.

L'idéal ca serait ca. Dans la réalité ca arrive, puis des fois les équipe elles nous envoient les patients par ce qu'elles n'arrivent pas à avoir d'autres projets...Nous ba ça coince aussi parce que les ESAT CAT sont plein aux alentours. L'accueil familial l'idéal c'est que ce soit provisoire, un tremplin. Il y en a aussi qui sont réinsérés dans le milieu normal aussi. Après aujourd'hui pour la majorité des patients, l'accueil familial c'est un projet à long terme, surtout pour les « vieux patients », il y a des patients ca fait 50 ans qu'ils sont là. Faut voir aussi à la base l'accueil familial était fait pour désengorger les hôpitaux parisiens, donc ces gens là qui sont la depuis 50 ans leurs vie est ici, il y a pas de perspective ailleurs.

#### 5. Sur quels critères se décide la fin du placement ?

Alors ca ... Elle peut se décider si la famille d'accueil ne veut plus du patient, ou le contraire, pour X raison. Ca peut être plein de chose, il s'entend pas avec l'autre accueilli... Il y a toujours un entretien pour voir le pourquoi et puis ca peut être la fin si la personne n'est pas adaptée à l'accueil, qu'il à besoin d'être dans un service fermé. Les murs sont pus rassurant et il a besoin de blouses blanches autour de lui. Ou alors ca peut être parce qu'il est arrivé à son projet et qu'on a trouvé une autre structure. Mais il y a toujours plusieurs essais avant qu'il retourne en institution fermée. Par ce que on essaye de choisir les familles d'accueil en fonction mais bon ce n'est pas dit que ca fonctionne à chaque fois.

#### - Et après ?

Alors soit l'AFT à long terme, soit ca peut être un retour à domicile, soit un foyer, un ESAT, La encore c'est du cas par cas.

## Entretien 2

### P.Moniteur éducateur et éducateur sportif

#### 1. Sur quels critères se fait l'indication d'un placement en famille d'accueil ?

Heu ba...Je dirais qu'une fois qu'il est là et que l'ont s'aperçoit qu'il est apte à être affecté l'accueil familial thérapeutique, la décision se fait en fonction des places disponibles qu'il y a. Et pis après ya... je pense qu'il y a un consensus, c'est quelque chose que moi je ne maîtrise pas totalement mais euh par rapport à ce que je sais de l'établissement il y a un consensus entre le médecin le corps médical et le corps soignant, les cadres de santé qui elles orientent le patient vers un placement le plus adapté possible à sa situation.

Une fois qu'il est admis chez nous dans le cadre de l'hôpital ici, il passe en unité d'entrée : unité d'accueil pendant une dizaine, une quinzaine de jours, et après il est orienté en famille d'accueil par sa nouvelle équipe infirmière.

#### - Y a-t-il des contre indications à un placement ?

Oui, selon leurs pathologie et sinon ... ou alors ils ne sont pas prêt à avoir une prise en charge en AFT, et ça arrive ! Ca arrive que l'on ai des patients qui au bout de quelques temps repartent dans leurs établissement d'origine parce que c'est pas le bon moment ou que le projet euh, ils n'adhèrent pas au projet proposé.

#### - Y a t-ils des évaluations effectués au préalable ?

MMh ... C'est pas une évaluation c'est une euh... comment dire... ouais allez on peut appeler ca une évaluation... En fait ils se rendre compte si le patient est apte ou pas. Où c'est très important c'est la visite préalable AVANT l'admission ! C'est elle qui déclenche tout j'veux dire que quand le patient vient, qu'il visite pour la première fois l'établissement, que le projet lui est présenté, euh c'est à ce moment là, c'est LA que les choses importantes se passent.

#### - Et comment justement se déroule cette visite préalable ?

Alors euh la chronologie je ne la connais pas en détails, ça va dépendre de la disponibilité des médecins etc. Donc le patient est accompagné de l'équipe soignante de son établissement. Ce jour là, il y a une infirmière ou un infirmier d'ici, de l'établissement d'Ainay le château qui est mis à la disposition pour la journée.

#### - Ce sera par la suite la même personne qui sera infirmier référent ?

Pas obligé. Et donc cet infirmier lui fait visiter une famille d'accueil, une ou 2, il rencontre le médecin psychiatre, ils vont visiter 2 familles d'accueil différentes, en règle général ils essaient de prendre une famille dans une zone urbaine et une en rase campagne pour montrer un petit peu ... voilà. Et puis après il y a une visite de l'établissement, des services et de l'ergothérapie. Ils

sont accompagnés pendant tout ce temps par un infirmier d'Ainay le Château, pis lui à la fin de cette visite, il va faire un compte rendu ... sur son ressenti par rapport au patient et définir si le patient est susceptible de rentrer dans le moule de la prise en charge qu'on propose. Après il y aura l'avis de l'infirmier, l'avis des médecins mais en dernier lieu c'est le médecin qui décidera. Il s'appuie sur les différents avis.

#### - Et pour ce qui est du choix de la famille ?

Une fois que le patient a fait ces 15 jours en unité d'accueil il est globalement « photographié », ils voient bien qu'un patient qu'est en difficulté avec les autres ils vont pas le mettre dans le centre ville d'emblée. Ils essaient AUSSI de prendre en considération l'attente du patient euh ... Un patient qui dit absolument ne pas vouloir aller à la campagne ils ne vont pas le mettre dans une ferme reculée. L'équipe soignante va essayer d'aller au plus près du projet du patient SAUF s'il y a une contre indication médicale ou autre.

#### - Quand est-ce que ce projet est établi ?

Alors il arrive déjà avec un projet, celui de son ancien établissement et après au fil des mois le nouveau projet en rapport avec l'AFT va être réajusté, va être affiné, par la nouvelle équipe et voilà.

Alors en général le patient adhère au projet parce que le projet doit être signé par lui, par la famille d'accueil et par l'infirmier référent.

### 2. Quels sont les actions réalisées par l'équipe avant ou après l'arrivée du patient ?

Si c'est un premier accueil il y aura une visite bien évidemment du domicile. Mais déjà pour devenir accueillante ya une commission de placement, qui évalue la capacité de la personne à être famille d'accueil, il y a tout un tas de critères que je ne connais pas, après il y a aussi un tas de critères niveau logistique, il y a des normes, d'ailleurs c'est assez strict.

Donc à partir de là, si c'est un premier accueil la personne sera un peu plus encadrée, un peu plus choyée, protégée par l'équipe. Pis sinon non. Alors après effectivement il y a le cahier de liaison, il y a les consignes globales quand il y a un nouveau patient qu'arrive dans une famille d'accueil l'infirmier qui est référent fait un entretien avec la famille d'accueil pour expliquer le cas du nouveau patient, les objectifs à atteindre, le projet thérapeutique, les consignes particulières, les consignes strictes, tout ce qui gravite autour de la vie du patient. Les consignes peuvent être données devant le patient, par exemple pour les règles concernant le tabac, il sait que tout le monde est au courant : l'infirmier référent, la famille d'accueil etc.

### 3. Y a-t-il un suivi du patient ?

Alors il y a le dossier de liaison, le dossier de soin et tous ces éléments la font que le patient est suivi... Alors peut être pas au jour le jour mais bon tout les événements importants sont retranscrits. Tout ce qui se passe en famille d'accueil quoi. Celui qui en a le plus l'usage c'est

l'infirmier référent puisque c'est lui qu'est au cœur du projet. Moi j'vais te dire un truc, très bête par exemple que le patient ai mangé ai mangé 6 yaourt hier soir c'est pas important. Mais que l'infirmier le sache c'est peut être important parce que il va pouvoir travailler là dessus

- *Quelles sont les principales difficultés rencontrées au quotidien ? Qui intervient ?*

Alors si ça intervient au placement, s'il y a des difficultés au placement, les plus grosses difficultés c'est la frustration, parce que un moment faut mettre le cadre il faut dire non. Ca peut être sur le tabac, les sorties, la nourriture. La famille d'accueil doit gérer ça, nous on n'est pas toujours au courant, on peut être au courant, si on est courant on intervient avec nos mots en essayant d'être dans un discours apaisant, en écoutant ce qu'ils ont à dire, à revendiquer. L'infirmier référent c'est plus difficile pour lui parce que c'est souvent lui qui est le « méchant ». Après il peut y avoir le problème de l'argent, pour certains ils n'en ont pas beaucoup alors ça c'est récurrent aussi parce que de fait de leur placement hors les murs de l'hôpital fait que il y na des tentations, ca peut mettre en place un trafic parallèle mais c'est la réalité de la société. Ici dans l'atelier on serait plus sur des problèmes de respects des choses, des horaires, des outils, pour certains ils en ont conscience pour d'autre on en est a des années lumière par ce que il n'y on pas accès.

Les difficultés avec la famille c'est fréquent parce que on est dans le rapport humain et on peut comprendre qu'un patient en ai marre d'une famille parce que elle lui serre trop la visse parce qu'elle en a eu la consigne ou pas d'ailleurs. On peut comprendre aussi qu'une famille en ai marre parce que elle est arrivé au bout elle est usée par le patient, j'entends les 2 discours, on peut aussi admettre qu'un infirmier référent en ai marre parce que il n'arrive pas à mettre en place le projet, parce que le patient met tout en échec il faut passer la main dans ces cas là, ya des patients avec lesquels c'est très difficile, on est à cours d'arguments. On peut arriver à se demander s'il le patient a toujours sa place en famille d'accueil, dans ce système.

*4. D'après vous, quel effet peut avoir un milieu familial de substitution sur la réinsertion sociale ?*

Pour moi on est dans une étape intermédiaire, si tout le monde remplit son rôle : la famille d'accueil, l'équipe encadrante.

La famille elle a son rôle au niveau de la socialisation, le préparer un jour peut être à être en appartement thérapeutique ou seul. C'est comme les courses, ce que je t'expliquais tout à l'heure, tout ce travail là. Nous ici on peut les préparer sur d'autres possibles, d'autres structures qui pourraient les accueillir par la suite. On en a qui serait capable, à condition que l'on mette les moyens derrière pour les aider à franchir ce cap. Nous on les voit pas assez souvent, a mon avis la structure comme elle fonctionne aujourd'hui je trouve qu'on est l'étrape intermédiaire entre l'institution fermée et éventuellement une ouverture sur l'extérieur, et financièrement on est sur un coût très inférieur à une hospitalisation. Et aussi on est sur une prise en charge continue, tu vois il y a pas de rupture parce que le patient il est hospitalisation en psychiatrie il est hors les

murs de l'hôpital. Ca veut dire que là si tu sors de l'hôpital tu vas croiser 15 patients, qui sont adaptés à cette vie sociale qu'on leur propose. Après pour certains on est au maximum ! On le sait ils n'iront pas plus loin. Et pour d'autre il y a des perspectives, de l'espoir, a nous après de l' « exploiter ».

Au niveau de la socialisation ca tout dépend de la famille. On en revient toujours au même. Il y a 250 familles d'accueil t'auras 250 prises en charges différentes parce que la famille elle intervient avec son histoire. Si elle sortait déjà beaucoup etc. La famille qui ne sortait jamais elle ne va pas changer ses habitudes pour le patient. La famille qu'est très impliquée dans le cinéma le spectacle elle va l'emmener parce que c'est son histoire, sa culture, elle va partager.

- *Quels sont vos attentes par rapport au placement ?*

Moi j'aimerais bien qu'on applique un système de cycle de travail, c'est-à-dire avec des objectifs plus précis, plus simplifié avec des dates d'échéance. Quand on les a atteint, on se pose la question de la suite : on représente le projet et on monte d'un niveau avec d'autres objectifs, il change d'atelier, avec d'autres intervenants. Tu vois pour moi ça ca serait l'idéal. Sauf que bon c'est pas comme ca, on rentre dans le routinier pour certains on est au bout, ils ont plus rien à apprendre, voilà ! Il avance plus, ce que j'appelle « on est à un palier », et pour le faire avancer faut changer d'atelier. Et si ca stagne ici ca stagne aussi dans la famille, et vis versa. Je pense que c'est en train de changer, ca fait parfois 10 ans, 15 ans que certains patients sont dans la même famille d'accueil, après quel est le sens thérapeutique de ça ? Moi après je suis pas décideur, j'imagine que au bout disons 5 ans, si la famille d'accueil fais correctement son travail elle doit dire : « ba écoutez-moi je suis arrivé au bout, vous me l'avez confié il était a ce niveau là, il avait tel projet, moi je ne peux plus, il faut maintenant le changer » Et le fait d'avoir un autre intervenant pourra peut-être lui permettre de monter d'un pallier parce que la personne s'y prendra autrement, le patient se remettra en question et le patient devra s'adapter c'est une bonne chose. Voila je pense que ca serait l'idéal, mais bon c'est difficile car ce fonctionnement est encré dans l'histoire de l'établissement et ca peut mettre du temps à changer, on a cette inertie, relancer une nouvelle méthodologie de travail avec la casse que cela peut supposer au début. En sachant que il y a des familles qui on des patients entre parenthèse facile et qui veulent garder ces patients la plutôt que des patients difficiles. En fait faudrait que ca soir directement dans le contrat de départ « voila sauf événement particulier ce patient la vous l'aurait pendant 3 ans et ca peut être renouvelable si les objectifs ne sont pas atteint si l'équipe adresseuse pense que vous avez encore du travail à faire avec ce patient etc. » Il y a des patients ca fait 15 ans qu'ils sont dans la même famille d'accueil comment veux tu qu'il y ai encore un marge de progression ?

Tu vois aussi je pense que le réapprentissage des actes de la vie quotidienne devrais s'effectuer au niveau de la famille d'accueil. Quand je vois des prescriptions qui m'arrivent ou je vois « dois être consolidé dans les actes de la vie quotidienne ». Pour moi ça c'est le B a BA de la vie : la toilette, le rangement etc. Et ça je pense que c'est le travail de la famille d'accueil, pas de l'équipe. Je suis encore surpris de voir qu'il y a des patients qui ne vont pas avec la famille d'accueil acheter leurs habits. Tu vois ça pour moi c'est de la vie quotidienne, c'est de la socialisation.

- *Mais les familles sont elles formées à cela ? Un travail en amont par le personnel soignant serait t-il envisageable ?*

Alors, il y a des formations, autour de l'hygiène autour de la méthode HACCP, la restauration tout ça. Mais bon après je pense que c'est plus du savoir faire, du savoir être... Qui je pense au moment de la sélection de la famille d'accueil devrait être contrôlé. Alors après il y en a des familles comme ça, d'ailleurs parfois faudrait même les freiner pour pas qu'elles rentrent dans un système entre guillemets de cocooning parce que ils prennent plus de place qu'ils ne devraient. Mais aussi on en a en contre partie qu'il faudrait un peu pousser parce qu'ils ne s'impliquent pas assez. Tu vois c'est courant qu'il y ai des patients qui n'achètent même pas leurs habits, qui ne font les courses. Le rôle de la famille c'est justement de l'accompagner et de dire, « écoutez aujourd'hui vous venez avec moi et vous ne faites que pousser le charriot si vous voulez que pousser que le charriot mais vous venez avec moi ! Puis après c'est vous qui aurez la liste ». Dans famille d'accueil il y a le mot « famille » et c'est la vie du quotidien de tous en France. Et ça ca permet aussi d'évaluer la personne, comment elle se comporte dans le magasin. Il faut que la famille trouve des choses, amène des choses. On nous demande sur tout les projets : resocialisation, autonomisation, ba ça ca en est !

Mais c'est vrai il faudrait quelqu'un qui puisse dire : « ba écoutez, vous êtes en difficulté sur la prise en charge de votre patient... » Alors normalement l'infirmier référent est là aussi pour épauler la famille d'accueil, conseiller afin que la famille reste à sa juste place... La famille a sa place à prendre et moi je trouve que c'est important. Alors après que l'institution mette une cellule en disant « ba écoutez quand vous êtes en difficulté avec un prise en charge un petit peu délicate et ba on va vous aider. » Mais bon c'est vrai que c'est difficile par ce que les familles déjà sont salariés de l'hôpital et aussi elles sont non-soignantes. Mais par cet acte d'accompagnement au quotidien elles font du soin, indirectement... Mais sans en avoir forcément au départ la vocation, ni le savoir de quand dois-je laisser le patient agir par lui-même, être autonome... Voilà moi c'est comme ça que je ressens les choses, ce qui nous pourrait nous permettrait de vraiment axer sur l'activité. On a encore quelque patients ou on est obligé d'aller au B a BA quoi alors que ça devrais être acquis. Pour certains on sait que ça sera pas acquis parce que entre le matin et le midi c'est perdu... Mais bon ça serait une facilité... Alors il y en a qui le font très bien, c'est pas ce que je veux dire mais cette démarche là elle serait générale et un petit peu organisée je pense que ca serait bénéfique.

##### *5. Sur quels critères se décide la fin du placement ? Et après ?*

Alors fin de placement ... qui décide ? Je serais prêt à dire que c'est les événements. OU pas, d'ailleurs. Par exemple un patient qui respecte pas le contrat, de 2 choses l'une, ou vraiment il met son placement en échec et la famille d'accueil le signale à l'infirmier référent. Ils sont alors bien souvent hospitalisé pour en comprendre les causes, ca peut être une histoire de traitement à réadapter, la pathologie qui remonte ou alors cet que l'osmose se fait pas entre le patient et la famille. Dans ce cas la ils réessayerent une autre famille. On a des patients qui changent de famille d'accueil tous les 2, 3, 4 mois. Parce que c'est compliqué aussi cette prise en charge

Si on parle d'évolution ca peut être un retour à la vie civile, normale, là je mets des guillemets... Euh ca peut être une prise en charge en foyer en appartement en ville, en appartement thérapeutique après la difficulté c'est ce qu'on y met derrière. Au jour d'aujourd'hui les liens est pas assez fait, il faut de la place mais surtout il faut qu'il y ait les structures, hôpitaux de jour ou autres à proximité. Parce que faut pas oublié que le patient, par le biais de ce placement il se fait un réseau social autour de sa famille, de la structure. Si du jour au lendemain on se dit « ba ca y est on a bien bossé, ce patient est prêt, on l'envoi a Montluçon... » Ba ca peut pas fonctionner tu vois. Enfin voila au jour d'aujourd'hui il reste encore du grain à moudre. Bien que il faut reconnaître que l'accueil familial c'est vraiment une formule, quand elle est réalisable par rapport aux pathologies, a la situation, qui est vraiment bénéfique au patient, à sa réhabilitation, on peut associer un suivi médical et une ouverture vers l'extérieur, c'est très riche !

### Entretien 3

#### Mme S. Famille d'accueil

##### *1. Sur quels critères se fait l'indication du placement en famille d'accueil pour un patient?*

Ba ca je ne pourrais pas trop vous répondre en détail hein. Je pense qu'il en fait la demande ou c'est son ancien hôpital qui fait la demande. Et après ba on voit tout de suite s'il est fait pour ça ou pas.

##### *- Comment s'effectue le « choix » de la famille accueillante ?*

Ba en générale on nous téléphone quand il y a besoin de placer un patient et que l'on est disponible. On nous fait venir au service d'accueil familial ou là on voit le médecin, l'infirmier et le patient. Voir déjà si le patient est ok. Si ca passe bien entre nous parce que le patient peut refuser l'accueil si la personne ne lui convient pas.

##### *- Et vous, pouvez-vous refuser ?*

Euh non enfin bon moi si une fois, il y a un patient que j'ai gardé 8 jours et puis j'ai baissé les bras. J'ai dit au médecin que ce n'était pas un patient qui pour moi pouvait être placé en famille d'accueil. On n'est pas fait pour nettoyer les murs euh hein vous imaginez ce que ça peut donner... Alors pendant 8 jours je l'ai fait mais j'en dormais même plus car je ne savais pas comment j'allais récupérer la chambre le lendemain matin...C'est le seul patient en 20 ans d'accueil que j'ai refusé.

##### *2. Quelles sont les actions réalisées par l'équipe avant, ou à l'arrivée du patient dans la famille ?*

... Euh... C'est-à-dire ?

##### *- Vous donnent-ils des informations, conseils, y a-t-il des évaluations ?*

Non pas beaucoup, si vous voulez quand on passe devant le médecin on nous dit « bon ba on vous l'emmène à tel date ». Après quand ils arrivent ils nous expliquent un tout petit peu mais vraiment le gros quoi et puis après c'est au fil du temps qu'on apprend à les connaître, on parle avec. Déjà eux s'ils ont envie d'en parler. Moi j'vois avec Romain c'est d'avoir beaucoup parlé que maintenant j'arrive à comprendre quand il ne va pas bien et le rassurer, savoir ce qu'il faut faire. Moi je l'occupe beaucoup Romain, on travaille beaucoup dehors avec lui, mon mari a des chevaux donc Romain s'en occupe beaucoup. Je vois le weekend dernier il a fait beau donc on est allés dehors, on a nettoyés le dépôt de mon mari. C'est un partage, un échange avec eux.

Mais c'est vrai qu'on ne peut pas le faire tout les weekends. Parce que déjà pour eux et puis pour nous aussi. Mais sinon j'aime bien travailler avec eux mais ca dépend dans quel état ils sont si vous voulez, si aujourd'hui ils sont bien.

*3. Y a-t-il un suivi du patient, quels sont les rôles respectifs des différents intervenants ?*

L'infirmière référente vient de temps en temps pour tout ce qui est des soins. Mais bon après s'il n'y a pas besoin ils ne viennent pas.

*- Quelles sont les principales difficultés rencontrées au quotidien ? Qui intervient ? Les recours dont dispose la famille/le patient ?*

Par exemple pour R. au début ça n'allait pas trop. Nous on a la chance qu'il y ait l'équipe infirmier qu'on peut appeler. Donc après soit eux ils viennent soit nous on se déplace selon comment est le patient. Par exemple Romain au début il est parti en courant, je l'ai appelé et puis il ne voulait pas revenir hein. Qu'est ce qu'il y avait eu j'en savais rien. Ce n'était pas évident, je l'ai suivi et je l'ai récupéré et là il me dit qu'il voulait se suicider. Ba là après j'ai réussi en parlant avec lui de le faire monter dans la voiture et l'emmener au service. Du coup il y est resté une quinzaine de jours, ils ont certainement revu le traitement, essayés de savoir ce qu'il c'était passé.

Mais maintenant avec lui j'arrive à gérer, je ne les appelle plus à chaque fois. Parce que c'est vrai que même sur le cahier de liaison faudrait écrire toujours la même chose. Maintenant j'arrive à gérer mais au début j'ai eu besoin de leurs aides pour voir un petit peu.

*4. D'après vous, quel effet peut avoir un milieu familial de substitution sur la réinsertion sociale ?*

Ah ba je pense que si vous voulez déjà de voir qu'on les prend comme des gens normaux, qu'on les mette pas à l'écart de la société ça les aides, ils apprécient et ca se ressent. Quand il y a de la famille ils viennent auprès de nous, leurs parle. Ils sont intégrés. Ils ont leurs place je pense dans le village. Enfin c'est vrai qu'il y a beaucoup de patients dans le village...

*- Quels sont vos attentes, vos motivations face à l'accueil d'un patient ?*

Après si vous voulez moi j'aime les voir progresser, pis ca fais plaisir d'entendre les médecins ou l'équipe qui disent que le patient a fait beaucoup de progrès. Mais c'est vrai que ca bascule tellement vite que tout ce qu'on a fait peut s'effondrer à n'importe quel moment. Il faut reprendre, recommencer au début. Ca me dérange pas parce que je sais que ca se passe comme ca.

Mais je me sens impliquer dans son projet forcément, j'aimerais bien qu'il sorte de l'établissement, même si je sais que ça seras pas possible, il retombera vite dans son fonctionnement d'avant. Romain il lui faut quelqu'un derrière lui tout le temps. L'équipe

infirmier, l'équipe des médecins ne voient peut être pas les choses comme nous mais comme je dis souvent, nous on les a 24h sur 24...

*5. Sur quels critères se décide la fin du placement ? Et après ?*

Par exemple ça peut être un projet qui est changé. Après les patients le prennent parfois mal car ils ne sont pas forcément concertés. Ils disent qu'on ne doit pas s'attacher mais moi je ne me vois pas ne pas m'attacher. Mes premiers patients je n'ai pas honte de dire que je les ai pleuré et surtout de la façon ou ils sont partis, ça je l'ai pas admis, on nous prévient pas, ils partent du jour au lendemain. Mais j'ai gardé un peu contact, le téléphone ou on se voit dans le village. Après il y a des bons moments et aussi des mauvais moments mais ce n'est pas la majorité du temps, sinon je ne ferais pas ce travail.

## ***Résumé***

Dans un contexte important d'évolution de la psychiatrie, les structures de soins extra-hospitalières se sont largement développées en France. Malgré cela, toutes ne permettent pas une réhabilitation psychosociale de la personne. Le placement en famille d'accueil thérapeutique est une alternative à l'hospitalisation s'inscrivant comme un projet de soin à part entière pour des patients présentant un handicap psychique. Il ouvre des perspectives d'insertion dans la société tout en préservant un suivi et un accompagnement médico-social. Cette étude cible et tend à montrer la place, le rôle et l'intérêt de l'ergothérapeute au sein d'un service d'accueil familial thérapeutique.

## ***Mots clés***

- Ergothérapie - Psychoses - Réhabilitation psychosociale - Accueil familial thérapeutique -

---

## ***Summary***

Today, the psychiatry evolution is very important, thus, France create many care's institutions. Despite this huge evolution, institutions can't rehabilitate the patient in his social's life. The placement in therapeutic host family is an alternative to the hospitalization with a real specific care project, for patient with mental handicap. The patient can have a social life and the follow up care is still carried out. The purpose of my study is to prove the occupational therapist's function and interest in therapeutic host family.

## ***Keywords***

- Occupational therapy - psychoses - psychosocial rehabilitation

- thérapeutic's host family-