Document generated on 10/11/2024 10:57 p.m.

Santé mentale au Québec

Famille d'accueil : une ressource occultée
Foster home : a hidden resource

Jean-Claude Cébula

Volume 13, Number 2, November 1988

De l'adolescence aux adolescents

URI: https://id.erudit.org/iderudit/031453ar
DOI: https://doi.org/10.7202/031453ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Cébula, J.-C. (1988). Famille d'accueil : une ressource occultée. *Santé mentale au Québec*, *13*(2), 9–15. https://doi.org/10.7202/031453ar

Article abstract

In this article, the author offers a critique of a social resource, the Foster Home (Famille d'Accueil),

and how it is presently organized in Québec, following a study of the topic during a trip to Montréal in May 1987. As is the case most of the time, resorting to foster homes is based on no objective other than an economic one, that of providing lodging to a beneficiary. The many dysfunctions of such a practice have for long been denounced, yet we have hardly dealt with the specificity of this formula which is somewhere between the social and therapeutic spec-trums. Even then, the system should allow for the integration of emotional or social aspects that normally emerge in a family. Quebec's institutional framework omits this specificity, a phenomenon amplified by accepted practices in mental health that do not encourage working in groups. What lies behind the resource we call foster homes?

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1988

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Santé mentale au Québec, 1988, XIII, 2, 9-15

Famille d'accueil: une ressource occultée

*Jean-Claude Cébula**

Dans cet article, l'auteur fait une critique, après un voyage d'étude à Montréal en mai 1987, de l'utilisation de la ressource Famille d'Accueil telle qu'elle est organisée au Québec. Le plus souvent le recours à une famille d'accueil ne manifeste pas d'autre objectif que celui de proposer, comme solution économique, un hébergement à un bénéficiaire. Les dysfonctionnements de cette pratique ont été de tous temps dénoncés, mais on aborde peu souvent la spécificité de cette formule se situant d'emblée entre social et thérapeutique. Encore faut-il que le système laisse la place à un accompagnement des mouvements affectifs ou sociaux qui nécessairement devraient se produire dans une famille. L'organisation institutionnelle québécoise occulte cette spécificité, phénomène amplifié par les pratiques générales de santé mentale qui ne privilégient pas le travail en équipe. Que pourrait-il se cacher derrière la ressource famille d'accueil?

Le recours à l'organisation familiale pour accueillir toutes sortes de handicapés sociaux est traditionnel. Telle qu'elle se développe en France, à l'heure actuelle, cette pratique plus ou moins instituée s'organise autour de l'idée d'une alternative à des prises en charge hospitalières en général longues, lourdes et onéreuses. Les colonies familiales de la fin du 19ème siècle se voulaient déjà comme une réponse de ce type, originale et subversive, à la vieille tradition aliéniste française[1]. Nous ne nous étendrons pas sur les « vertus » de cet accueil souvent réduit à sa dimension hôtelière, à savoir le gîte et le couvert offerts en contrepartie d'un apport de main d'œuvre ou d'une vague indemnité[2]. Le développement actuel du placement familial, s'il répond souvent au même souci pécuniaire doit pouvoir bénéficier des errements du passé et des expériences et solutions imaginées par des communautés soumises aux mêmes difficultés financières que les nôtres. Ainsi la dépsychiatrisation que nous connaissons actuellement après la longue mise en route de la sectorisation s'est produite quelquefois radicalement comme aux Etats-Unis ou en Italie. Au Québec, une des réponses à ce besoin pressant de désinstitutionnalisation, en particulier d'évacuation des hôpitaux psychiatriques, s'est appuyée, depuis les années 1970, sur le recours aux ressources communautaires telles que les familles d'accueil. Les moyens et les structures qui ont été mis en place à cette occasion, le travail qui se fait, sont pour nous des éléments de compréhension de nos pratiques. Il n'est donc pas question dans cette tentative de porter des critiques sur la politique de santé mentale québécoise[3].

La dimension dynamique

Avant de continuer il serait toutefois bon de préciser quelques points de repères ou d'afficher quelques idées simples. Tout d'abord, penser à une solution alternative à l'hospitalisation psychiatrique ne signifie pas qu'il s'agit exclusivement d'une alternative sans fin à une hospitalisation de longue durée. Si traditionnellement, dans les colonies familiales notamment, les familles d'accueil « nourricières » se prêtaient uniquement à cette forme de pratique, c'était au prix de l'exclusion d'une population psychiatrique condamnée et en opérant une occultation troublante[4]. L'accueil familial ne conservant après ces opérations aucune des notions que les termes « accueil » et « famille » pourraient représenter. Nous n'insisterons pas ici sur ces notions sinon pour rappeler que chacune d'entre elles peut s'interpréter à un autre niveau que celui qui les ramène à une défi-

* L'auteur est psychologue clinicien dans un service de placement familial psychothérapique à Nantes, France.

nition déshumanisante, oubliant que dans l'accueil on rencontre et qu'une famille, forme de reconnaissance et d'inscription dans une communauté, propose un autre espace temporel que celui des asiles. La visée alternative devrait pouvoir faire appel à cette dimension et à la capacité extraordinaire d'échanges affectifs qu'offre une famille pour y conduire des actions thérapeutiques, de celles qui manifestent un projet et un espoir de changement. Ceci pour rappeler que c'est en pratiquant de déplaisantes distorsions qu'une famille d'accueil devient un lieu permanent d'exclusion, de relégation, d'aliénation comme ont pu l'être certaines dérives asilaires ou comme le sont certains projets d'utilisation de familles s'apparentant aux colonies familiales.

En effet, une autre idée simple est de souligner que faire appel à une famille pour « contenir » dans cette hypothèse la maladie mentale autrement dit pour y oublier des malades mentaux, n'est pas de même nature que de se servir de murs institutionnels plus ou moins étanches et plus ou moins gris. Ce qui est figé à l'asile ne trouve pas de répondant au niveau familial, une famille est traversée par une autre dynamique. Elle est un lieu d'échanges, de partages, d'amour, de haine, de fusion, de séparation, de souffrances, d'éducation sans qu'aucun règlement intérieur ne rythme les mouvements affectifs qui la traversent.

Enfin un élément non négligeable tient à l'appellation du système. Il ne devrait pas être de même nature selon que l'on parle d'accueil familial ou de placement familial. Les dérives sont certaines dans l'utilisation de l'un ou l'autre terme. La notion d'accueil singulièrement bradée ne désigne plus que la mise à disposition d'une chambre et de nourriture alors qu'elle pourrait s'épanouir dans cet espace familial, en y proposant ses charmes, ses surprises, ses instants. Si malgré tout, l'accueil semble faire référence à une attitude personnelle, sorte d'engagement mutuel tant de la part de l'accueillant que de l'accueilli, celui-ci prend le plus souvent la forme d'un contrat de location. Les intérêts privés en jeu, dans ce contrat de gré à gré, s'opposent sans médiation institutionnelle précise. Certains ne s'y trompent pas, réservant cette appellation pour de nouvelles mesures de prise en charge, notamment pour personnes âgées, solution envisagée comme moins onéreuse. L'action de placer fait part de ce que devrait être une autre démarche, qu'elle soit éducative, sociale ou thérapeutique. Elle met en action des projets et les moyens de les concrétiser, de les accompagner, de les conclure. Si nous pouvons envisager quelques-unes des conséquences qu'il y a à laisser un être démuni, livré à une famille sans contrôle social, nous nous devons également de rappeler que, pour quelque accueil que ce soit, les événements ne sont jamais aussi définitivement figés que le voudraient certains administrateurs. Pour chacun, malade mental ou non, le temps passe, l'être vieillit, la dynamique de l'accueil se modifie, par l'amélioration des capacités relationnelles ou par un accroissement des difficultés, surtout pour des personnes âgées. Si aucune instance n'est prévue pour contrôler, accompagner, aider le placement, qui pourra apprécier ces variations, vers qui pourront se tourner, pour être aidés, les familles ou les accueillis? Nous n'évoquons pas ici la nature du contrat liant accueilli et accueillant, ni le statut, ni la rémunération ou le montant de l'indemnisation de la famille, éléments qui ont fait l'objet de dissertations nombreuses et variées[5]. Relevons cependant l'inadéquation terminologique qu'il y a à désigner du terme de « famille » l'activité ou la reconnaissance professionnelle d'une personne qui sera responsable de l'accueil et qui, pour cette activité, sera la seule à percevoir une indemnité ou un salaire. Le paradoxe existe partout et peut prendre des allures autrement plus fantaisistes lorsque le seul terme statutaire, pour des adultes[6], est celui « d'assistante maternelle » par exemple. Non seulement, la terminologie ne traduit pas la réalité des pratiques mais l'enferme dans des schémas sociaux, infantiles, maternants, irréels et inadaptés. Retenons seulement que de tout temps, le placement familial a été à la limite du thérapeutique et du social. Il est indéniable que la séparation du milieu pathogène, la mise en œuvre d'apports affectifs et relationnels produisent des effets « thérapeutiques ». Le clivage social-sanitaire tel qu'il se manifeste, en France, au niveau du financement ne reflète pas la réalité des pratiques. « Les critères permettant de fixer les indications respectives de chacun de ces placements sont loin d'aboutir à une exclusion mutuelle précise » (Misès, 1986).

La visée réadaptative

En fait c'est à toutes ces questions que chacune des entreprises de placement familial se trouve confrontée. Nos amis québécois ont, dans le domaine de la mise en place de solutions alternatives, orga-

nisé le système famille d'accueil en une réponse institutionnelle. Les réformes en psychiatrie sont entreprises à partir de 1962 et vont peu à peu s'articuler autour d'un réaménagement des institutions. L'accent est mis sur l'utilisation de la communauté comme moyen de soutien. La généreuse idée du soutien communautaire s'affirme, s'appuyant sur les éléments du système social plus ou moins conceptualisés. Un des événements à retenir, éclairant cette orientation, est par exemple la suppression, en 1971, de la direction générale de la psychiatrie. Ceci au nom du postulat affirmé par les nouvelles tendances humanitaires et socio-sanitaires que la maladie mentale était une maladie comme les autres. Un gros effort est mis sur le maintien en milieu naturel. Les objectifs sont autant la prévention que l'aide, l'hébergement que la réinsertion par l'amélioration et le développement pour les bénéficiaires « de nouvelles habiletés sociales et psychiques » (Lecomte, 1986) ou encore « la sustentation de personnes en difficulté chronique de rester à leur niveau de fonctionnement ». Les partenaires pressentis pour cette reformulation d'une politique de santé mentale, ici rapidement présentée, se recrutent dans le champ des réseaux naturels de soutien (familles, amis, voisins, collègues de travail, congrégations religieuses...) comme dans celui des réseaux constitués qu'ils soient tournés vers des pratiques alternatives ou protectrices. La ressource « famille d'accueil », créée en 1971 dans le cadre de la réforme globale du système de santé et de services sociaux, fait partie de ce dispositif plutôt comme lieu résidentiel que comme lieu d'une pratique thérapeutique active. Elle venait alors remplacer un ensemble plus ou moins disparate de ressources d'hébergement. Outre la famille d'accueil, on trouve, dans ce réseau de soutien communautaire avec soins actifs ou non, le centre hospitalier, le centre d'accueil, le pavillon, le foyer de protection sociale, l'appartement supervisé, l'appartement éclaté, l'hôpital de jour, l'unité de soins ! C'est cette orientation, certes critiquée, qui fait comparer un « pavillon d'accueil », prévu pour accueillir de quinze à trente-neuf personnes, à « une famille d'accueil en plus gros ». En fait le concept « famille d'accueil » est devenu un terme générique désignant des situations et des organisations variées. Retenons donc que ce qui est mis en place par ce programme de santé sont des actions de réadaptation. La famille d'accueil est sollicitée pour sa seule dynamique réadaptatrice, sa dimension thérapeutique n'est ni expérimentée, ni encouragée.

Ainsi, une famille d'accueil pourra s'organiser pour recevoir jusqu'à neuf « bénéficiaires ». La situation provoquée par cette attitude est connue et dénoncée : « certaines familles d'accueil et certains pavillons d'accueil exploitent honteusement les personnes à qui ils sont sensés offrir le gîte, le couvert et la protection » (Brunelle et Marsolais, 1986). Dans cette perspective d'utilisation des « familles d'accueil » ce type de critique est traditionnel (SMQ, 1986) et universel. Plus constructive est la proposition « de réexaminer l'ensemble du fonctionnement, d'étudier le sort des personnes hébergées afin de définir les conditions propres à faire de ces ressources de véritables lieux de transition entre l'hôpital et la société » (Sans, P., 1986). Bien que la dimension soignante n'apparaisse pas dans ces quelques mots, c'est ce courant fondamental que nous voudrions amplifier en tentant de repérer dans l'expérience québécoise ce qui réduit sa portée thérapeutique, c'est-à-dire ce qui peut être raisonnablement attendu de cette pratique alternative, à savoir, accomplir une action structurante et autonomisante.

La dimension pragmatique : le vide thérapeutique

Au même titre que d'autres ressources sociales, les « familles d'accueil » sont gérées par les Centres de Services Sociaux (C.S.S.) issus de la Loi de 1971 sur les services de santé et les services sociaux. En assurant des services de protection sociale et d'hébergement aux bénéficiaires qui lui sont confiés, la famille d'accueil, au sens de la loi précitée, s'inscrit dans l'ensemble des services de santé et des services sociaux[7]. Naturellement, les évaluations sont différentes selon qu'il s'agit de familles d'accueil pour l'enfance ou pour les adultes et personnes âgées. S'étendre sur les procédures d'agrément nous apprendrait certes beaucoup à propos des mœurs sociales mais tel n'est pas notre propos. Notons simplement que les ressources agréées sont ensuite mises à la disposition des services demandeurs, hospitaliers pour ce qui nous concerne. Les obligations du Centre de Services Sociaux sont précises : il assure l'autorité et la responsabilité administrative de chaque placement, garantissant le paiement des frais de séjour et étudiant tout dommage encouru par la famille d'accueil. Pour cela, le Centre de Services

Sociaux attribue à chaque famille un praticien qui en assure la responsabilité administrative. Le « bénéficiaire », accueilli, est référé à un autre praticien « clinique » délégué à son dossier.

Les responsabilités sont clairement établies, les familles d'accueil dépendent des C.S.S., animés par des travailleurs sociaux, les bénéficiaires sont pris en charge par leurs praticiens qui assurent le suivi thérapeutique. Rien d'autre que l'hébergement n'est attendu de la famille, la « clinique » est conduite à l'hôpital par des spécialistes. Institutionnellement, personne n'est désigné pour accompagner les interactions affectives, humaines, sociales qui nécessairement se produisent entre un accueilli et un accueillant dans des circonstances différentes de celles que nous allons aborder. Le système mis en place a laissé se développer une pratique difficilement assimilable à celle de l'accueil familial. Ainsi, il est possible de rencontrer en toute simplicité une famille d'accueil qui, pour assurer une permanence auprès de ses accueillis, se fait l'employeur de personnel de garde, sorte de veilleur de nuit chargé de « l'accueil » en dehors des heures de présence de la « famille d'accueil » (9 heures - 17 heures sauf le week-end)! Cet arrangement serait intéressant s'il ne laissait les sept ou huit « bénéficiaires » dans un état d'abandon quasi permanent s'il n'y avait la télévision. Certes, nous connaissons bien ces scènes, sinon que nous sommes, malheureusement, plus habitués à les rencontrer dans d'autres lieux. Le concept d'alternative à l'exclusion et à la réclusion asilaire prend dramatiquement tout son sens. Etait-ce ce qui était visé? Dans ces cas, ne nous étendons pas sur les conditions matérielles d'hébergement: espace individuel restreint, chambres doubles,... Ces dérapages se produisent ailleurs qu'au Québec, ils sont connus et régulièrement dénoncés. L'aspect troublant ici, c'est qu'ils soient institués, et qu'ils se greffent aussi sournoisement sur cette terminologie. Mais, dans la perspective retenue, peut-il en être autrement? Plus dramatique encore est de constater que le système peut laisser sans aide autre qu'une visite de routine du « praticien des ressources », une famille d'accueil et ses enfants aux prises avec l'hébergement de cinq jeunes psychotiques. Ce qui se passe dans ce lieu a été d'abord source d'étonnement, (par exemple, une des jeunes bénéficiaires grignotait les meubles à longueur de temps), puis est devenu comportement d'habitude. Tout ce petit monde évoluant au gré des fantaisies de chacun, un tel prenant la place ou les symptômes de tel autre..., l'un des enfants de la maison jouant le rôle de sa mère pour animer cette communauté..., et les voisins assurant les permanences lors des absences pour congés de la famille d'accueil! Quelle que soit la clinique pratiquée, chacun peut ressentir qu'une telle construction passe à côté de ce que peuvent représenter les termes famille et accueil. A tout cela, une clinique manque dramatiquement, celle qui aurait pour objet de s'exercer sur le vécu accueilli-accueillant et qui aurait pour but d'en saisir et d'en accompagner les développements éducatifs, structurants, autonomisants, thérapeutiques.

Dans ce système les familles d'accueil sont soumises aux mêmes paradoxes statutaires que ceux que nous connaissons en France. Ce travail n'est pas une profession, même s'il est exercé dans le cadre large de la « famille d'accueil » par des professionnels infirmiers, travailleurs sociaux ou autres... Cette « ressource » vit d'indemnités (le montant par accueilli est similaire à ce que nous connaissons), dont l'essentiel vient directement du bénéficiaire. Nous n'insisterons pas sur cette pratique qui met en relation financière accueilli et accueillant, sinon pour constater que formellement la situation pourrait être plus simple que dans d'autres systèmes. Il s'agit d'hébergement: tout service hôtelier se paie sans discuter, ni fantasmer. D'autres soucis rencontrés par la pratique de l'accueil familial semblent, dans le registre ici proposé, facilement traités. Il en est ainsi de la rencontre famille d'accueil - famille naturelle des accueillis. Il est indiqué dans une note que la famille d'accueil n'a ni à nourrir ni à héberger la famille du bénéficiaire!... Mais là non plus n'est pas notre propos sinon pour constater que la dimension soutenue par l'idée de placement manque dans ces préoccupations. Les réflexions sont à mener pour distinguer ce qui fait la spécificité d'un placement familial par rapport à d'autres formes de prise en charge. Il ne s'agit pas du fait qu'une famille est plus ou moins mobilisée pour prendre en charge les difficultés de son hôte. Une famille est par essence un lieu intense d'investissements, un lieu de modèles identificatoires, un lieu qui confronte le sujet à ses origines, à son identité[8]. Si pour des enfants, le placement familial est envahi par des pratiques éducatives réparatrices il n'est pas une pratique aussi anodine: il confronte le sujet à l'inadéquation de son propre système familial, le désignant comme défaillant[9]. Pour des adultes, tel qu'il fonctionne, ne désigne-t-

il pas un signe d'impuissance du corps médical, n'est-il pas une condamnation « nous ne pouvons plus rien pour vous, nous allons vous mettre en famille d'accueil ».

En fait, la terminologie « famille d'accueil », nous l'avons déjà dit, recouvre un éventail de réalités différentes. Un document *Les familles d'accueil: de nouvelles règles du jeu*, propose trois catégories de familles d'accueil: la famille d'accueil régulière, la famille d'accueil spéciale et la famille d'accueil de réadaptation. A partir du postulat de base inscrivant la famille dans la seule dynamique hôtelière (offrir le gîte, les repas, l'entretien), des prestations spécifiques pourront être servies en fonction de la diversité des besoins des bénéficiaires. Ainsi la famille d'accueil spéciale sera reconnue dans l'assistance (donner des soins d'hygiène personnelle à un adulte...) particulière qu'elle doit satisfaire. Quant aux potentialités éducatives, elles seront sollicitées de la famille d'accueil de réadaptation: réapprendre à marcher, à lire, à parler... Souvent cette dernière sera constituée de professionnels exerçant dans un lieu familial artificiel. Pour pratiquer au mieux cette intention réadaptative, le nombre de bénéficiaires est réduit à quatre. Même si les textes officiels ne le disent pas, et si les pratiques ne s'y intéressent pas[10] cette limitation du nombre d'accueillis a essentiellement pour vertu de favoriser des échanges relationnels nombreux et intensifs. Ce qui ici fait différence, est la mise en acte de l'idée que l'écoute et la relation d'aide, d'accompagnement, de soutien jouent un rôle fondamental dans le traitement du handicap qu'il soit mental ou social. Mais pas plus que dans la situation précédemment évoquée il n'est fait allusion au travail en équipe souhaitable dans les pratiques de santé mentale.

Ces prestations demandées au système familial servent à définir les catégories et ainsi une famille peut appartenir à l'une ou l'autre de celles-ci ou même à plusieurs d'entre elles simultanément selon les besoins des bénéficiaires qu'elle reçoit chez elle. Voilà une souplesse de fonctionnement directement dépendante de ses objectifs. Celle-ci devrait pouvoir nous inspirer, en France, pour nous éviter de nous limiter à l'une ou l'autre des dimensions que peuvent proposer les familles d'accueil. En effet, rappelons encore une fois que rarement le sujet humain reste rivé à ses handicaps, à ses déficiences; ses capacités évoluent vers du meilleur ou quelquefois à la fin de sa vie, vers du pire. L'être change, souvenons-nous que c'est souvent la cellule familale qui a été le creuset le plus fertile de son évolution, s'inscrivant comme modèle d'accompagnement de l'enfant dépendant à l'adulte autonome. Cette capacité au changement devrait pouvoir être reconnue administrativement comme ici, en utilisant la souplesse et les potentialités de ce système social. Elle devrait également inspirer les pratiques tant au niveau de la décision de placement familial qu'à celui de l'aide et du suivi à proposer aux familles. Le système québécois dans son organisation permet cette démarche, il n'y a pas de hiérarchie entre les catégories, seul le taux d'indemnisation des prestations est différent. Mais, ce qui le soutient, l'idée que la famille d'accueil est uniquement une réponse sociale et le clivage « hébergement-thérapie active », en limite singulièrement les attentes sinon les effets. Statutairement donc, les activités des travailleurs sociaux sont réservées le plus souvent à l'administration de ce vaste ensemble hôtelier, tantôt rééducatif tantôt résidentiel, et à la recherche de la meilleure adéquation possible entre les besoins d'un bénéficiaire et les capacités « accueillantes » d'une de ses structures.

Cette conception hôtelière n'est pas condamnable en soi. Il est indéniable qu'un certain type de clientèle, qu'une certaine orientation sociale se contentent de cette indication, mais chacun peut malgré tout comprendre que cette utilisation restrictive de cet outil ne peut effacer ce qui en constitue l'essence, à savoir le partage permanent d'une vie commune dans un lieu privé chargé d'affects. Quel est le poids de cette présence, quel en est le prix à payer? La notion de « burn out » appliquée aux familles défaites psychiquement ou moralement par ce type de savoir faire ne fait que constater les dégâts.

L'idée d'une collaboration nécessaire entre les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et « ce partenaire qu'est la famille d'accueil » est régulièrement avancée. Sa mise en application se heurte peut-être à la philosophie qui guide les pratiques de santé mentale. Les grilles de « jumelage d'un client à une ressource résidentielle » en sont un aperçu. Ces grilles sont extraordinairement précises, tentant de cerner d'une part, le « niveau de fonctionnement du client » et d'autre part les actes éducatifs pratiques que serait prête à accomplir la famille. Un exemple suffira: celui de l'autonomie de base. L'évaluation porte pour le futur bénéficiaire sur sa capacité à « s'alimenter à la cuillère, à la fourchette, aller à la toilette, enfiler des vêtements... »

et il est demandé à la famille jusqu'à quel point elle serait prête à aider la personne à « s'alimenter à la cuillère, à la fourchette... »[11]. Certes, la meilleure adéquation possible entre accueillant et accueilli est un point essentiel dans la pratique de l'accueil familial. Ici, les termes de la problématique concernent l'offre d'accueil, et « les besoins multiples des personnes hébergées ». Ce glissement conceptuel vers une réalité matérielle traduit assez bien le pragmatisme qui ne cesse de surprendre nos conceptions existentielles et dans lequel s'inscrit le système. L'approche comportementaliste des théories anglo-saxonnes se donne pour objets de repérer les différents secteurs de la personnalité et d'établir en fonction des défaillances ainsi appréciées, des « programmes » de rééducation, d'adaptation, d'aide, de soutien... Les familles d'accueil subissent les mêmes mesures de leur capacité de « fonctionnement » et les jumelages pourront se faire après que tous les éléments qui constituent l'accueil aient été appréciés, objectivés. Ces évaluations fines et complexes permettent de repérer la réalité des troubles du sujet. Il ne reste plus qu'à « dealer », négocier avec lui un programme de réadaptation. Le but pour nous n'est pas ici de faire une critique construite de ces conceptions mécanistes mais d'en relever les réductions et les distorsions en placement familial. Autant un être humain ne se réduit pas à un ensemble hétéroclite d'actions ou d'intentions plus ou moins fonctionnelles, autant une famille d'accueil ne peut simplement proposer un seul, unique et précis programme d'accueil, d'éducation, de réadaptation. Tout ceci est profondément réducteur et laisse à l'écart, sans les potentialiser, les formidables facultés d'échanges relationnels qui inévitablement devraient être la caractéristique voulue et soutenue de ce type de pratique. Encore une fois le système dans son institutionnalisation fonctionnelle ne privilégie pas la dynamique particulière ici plus ou moins en œuvre, les travailleurs sociaux restant les administrateurs des capacités opératoires à fournir à des bénéficiaires réduits par cette conception à l'état d'objet de placement.

Certes, nous sommes habitués à ces dérives dans les pratiques, à ces justifications éthiques le plus souvent d'ordre économique, mais nous pouvons rester surpris en constatant que la ressource famille d'accueil se prête aussi bien à ces manipulations. Ce qu'il en reste, le plus souvent, est un objet vidé de sa substance, maladroitement utilisé, en deçà de ses capacités. Le plus troublant, c'est lorsque le système organise institutionnellement comme au Québec, cette occultation. Néanmoins quelque soient ses objectifs, ses pratiques, son objet de soin ou d'aliénation le système d'accueil familial déploie des potentialités thérapeutiques plus ou moins cachées. Et ce n'est pas le moindre paradoxe[12] que de constater que malgré ses contradictions il suffit à répondre à une demande sociale de plus en plus pressante. Bien sûr, l'aspect économique est bien présent dans ces préoccupations nouvelles, mais il n'est pas interdit de penser que l'ère du bricolage même organisé, du laxisme et de l'empirisme fera un jour place à un temps où cette formule pourra être pensée comme un moyen de prise en charge confortable et dynamique pour les usagers.

NOTES

1. Voir histoire des placements familiaux de Cébula J.C. dans Sans, P., 1986, *Les placements familiaux thérapeutiques*, Fleurus, Paris.
2. Les critiques des colonies familiales sont nombreuses : voir Gentizon, J.M., La colonie familiale de Dun-sur Aurun en 1976, *Information Psychiatrique*, 1976, 52, no. 8; Cébula, J.C., Famille et institution dans Sans, P., 1986, *Les placements familiaux thérapeutiques*, Fleurus, Paris.
3. Les praticiens québécois s'y emploient, voir *Santé mentale au Québec*.
4. Participant aux journées de psychothérapie institutionnelle consacrées à l'accueil, organisées à Tours en avril 1988, nous avions « oublié » que ce terme d'accueil nous le rencontrions dans notre pratique quotidiennement.
5. Voir notamment *l'accueil familial des personnes âgées*, UNIOPSS, octobre 1988.
6. En France, les nouveaux arrêtés en préparation utilisent le terme de « cellule d'accueil familiale thérapeutique ».
7. Règles générales établissant les rapports entre une famille d'accueil pour adultes et personnes âgées et un centre de services sociaux, Québec, 15 juin 1979.
8. Nous empruntons certaines formulations à Lemay M. dans sa synthèse du Congrès de La Baule, *Les placements familiaux spécialisés et thérapeutiques*, octobre 1986.
9. Les journées de Grape (groupe de recherche et d'action pour l'enfance) de novembre 1988, à Paris, ont pour thème « le placement familial : un acte thérapeutique ? ».
10. Encore que ceci ait de tout temps été questionné par certains praticiens québécois et que ce manque apparaisse de plus en plus dans les pratiques.
11. Ceci n'est qu'un exemple. Cette grille de jumelage est utilisée par un service de psychiatrie de Montréal. Les autres rubriques concernent : « L'autonomie résidentielle, L'autonomie dans la communauté, Langage et communication, Socialisation, Travail, Cognitif et académique, Motricité.
12. Une journée d'étude était organisée dernièrement à Paris (le 27 mai 1988) par FRPF (Formation de Recherche en Placement Familial) qui avait pour titre « Paradoxes en Placement Familial ».

Références

Brunelle, R., Marsolais, G., 1986, Le débat au sein de la CSN sur l'organisation de la santé mentale, *Santé mentale au Québec, XI*, no. 1, 124-132.

Lecomte, Y., 1986, Le système de soutien communautaire: hypothèse pour une réforme des services en santé mentale, *Santé mentale au Québec, XI*, no. 1, 5-18.

Les familles d'accueil: de nouvelles règles du jeu, 1987, Editeur du Québec, Québec,

Misès, R., 1986, *Le placement familial thérapeutique: définition du problème*, rapport du 10 décembre.

Santé mentale au Québec, 1986, *XI*, no. 1, Politiques et modèles 1, 5-172.

SUMMARY

In this article, the author offers a critique of a social resource, the Foster Home (Famille d'Accueil), and how it is presently organized in Québec, following a study of the topic during a trip to Montréal in May 1987. As is the case most of the time, resorting to foster homes is based on no objective other than an economic one, that of providing lodging to a beneficiary. The many dysfunctions of such a practice have for long been denounced, yet we have hardly dealt with the specificity of this formula which is somewhere between the social and therapeutic spectrums. Even then, the system should allow for the integration of emotional or social aspects that normally emerge in a family. Québec's institutional framework omits this specificity, a phenomenon amplified by accepted practices in mental health that do not encourage working in groups. What lies behind the resource we call foster homes?