

Université Lille 2
Université Paris 13
APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille
CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le Diplôme Inter-Universitaire
« Santé mentale dans la communauté »

Année 2013

**Etude de faisabilité d'un accueil familial
thérapeutique en Belgique**

France Dujardin

Tutrice : Aude Caria

Tables des matières.

<u>Introduction</u>	3
<u>Première partie</u>	6
1. Contexte.....	6
2. Santé mentale communautaire : quelques définitions.....	10
2.1. Psychiatrie communautaire.....	10
2.2. L’empowerment.....	12
2.3. L’inclusion sociale.....	13
3. L’accueil familial.....	14
<u>Deuxième partie</u>	17
1. Méthodologie.....	17
1.1. Personnes interviewées.....	17
1.2. Objectifs des interviews.....	19
1.3. Questions explorées.....	20
2. Description et analyse des accueils familiaux existants.....	21
2.1. L’accueil familial psychiatrique.....	21
2.2. L’accueil familial pour personnes handicapées.....	28
2.3. L’accueil familial pour les aînés.....	30
2.4. L’accueil familial pour les jeunes.....	31
3. Synthèse des résultats.....	32
<u>Troisième partie</u>	37
1. Discussion.....	37
1.1. Limites de l’étude.....	37
1.2. Perspectives futures.....	41
<u>Conclusions</u>	43
<u>Bibliographie</u>	45
<u>Annexes</u>	49

Introduction

Pourquoi s'intéresser à l'accueil familial thérapeutique en Belgique ?

Une ambitieuse, bien qu'un peu tardive, réforme de la santé mentale est en cours en Belgique. Nous avons travaillé pendant 15 ans en hôpital psychiatrique. Depuis 7 ans nous coordonnons un bistro thérapeutique en ville. Nous y expérimentons chaque jour les bénéfices étonnants d'un dispositif thérapeutique cogéré par les usagers, à très bas seuil d'accessibilité, situé en ville, près des lieux de vie, et très intégré dans un réseau de collaborations avec d'autres dispositifs sanitaires, sociaux, et culturels. Nous participons depuis deux ans à la construction d'un réseau régional de santé mentale, dans le cadre de la réforme.

Nous avons entamé le DIU pour développer notre connaissance du concept de santé mentale communautaire et des dispositifs existants en France dans ce domaine.

Parmi ces dispositifs, l'accueil familial thérapeutique de court terme nous a fortement intéressé, à la fois parce que, comme nous le montrerons, il s'inscrit pleinement dans une perspective de santé mentale communautaire (en cherchant à éviter ou raccourcir les hospitalisations tout en permettant des avancées intéressantes sur le plan thérapeutique), et aussi parce qu'il présente un certain cousinage avec l'accueil de patients psychiatriques dans des familles, qui est une tradition très ancienne en certains endroits de Belgique.

Nous avons donc décidé d'étudier ce cousinage dans le but d'examiner les possibilités de développer un AFT de court terme en Belgique en partant des bases existantes.

Objectifs de l'étude.

Nous avons besoin de développer en Belgique des alternatives à l'hospitalisation. L'AFT représente une de ces alternatives.

Actuellement en Belgique, le nombre de lits psychiatriques/habitant est le plus élevé d'Europe après Malte. A titre de comparaison, la Belgique compte plus de 150 lits psychiatrique par 100.000 habitants, Malte un peu plus de 180, la France 100, la Suède 60, la Grande Bretagne un peu plus de 20 et l'Italie moins de 10 (OMS, 2008. Annexe 1). La diminution du nombre de lits psychiatriques à laquelle la réforme des soins de santé mentale s'est attelée ne pourra s'accomplir de manière respectueuse des besoins des usagers qu'en développant des solutions alternatives à l'hospitalisation. Les équipes mobiles de soins psychiatriques à domicile qui ont été créées en 2011 et leurs psychiatres rencontrent un certain nombre de situations où l'utilisateur doit quitter son milieu familial ou son domicile au moins pendant une courte période. Il s'agit de patients qui restent troublés dans leur milieu de vie habituel malgré des soins ambulatoires mais qui ne nécessitent toutefois pas (ou plus) une hospitalisation à temps plein. Dans ces situations, il n'existe actuellement pas d'alternative à l'hospitalisation. De même, quand le retour pur et simple à leur domicile semble prématuré, des patients restent hospitalisés parce qu'il n'existe pas actuellement de possibilité pour eux d'être accueillis dans une famille ou un autre type d'hébergement adapté.

L'idée serait donc de développer en Belgique, et dans notre réseau en particulier, un accueil familial thérapeutique de court terme (maximum 1 mois), alternatif à l'hospitalisation en psychiatrie.

Nous espérons par cette étude contribuer à convaincre les décideurs administratifs, les politiques, ainsi que les cliniciens locaux, de permettre, au moins à titre expérimental, le développement d'un accueil familial de ce type, à titre de projet pilote et dans le cadre de la réforme des soins de santé mentale, dans la région du Hainaut Occidental.

Concrètement dans ce mémoire, après avoir décrit l'accueil familial thérapeutique de court terme pratiqué dans le secteur psychiatrique de Lille-Est, nous décrirons tous les types d'accueil familial existant actuellement en Belgique, et nous examinerons les aménagements éventuels à leur apporter pour les faire mieux correspondre aux principes de la réforme actuelle des soins de santé mentale, largement inspirés, comme nous le verrons, par la santé mentale communautaire.

Notre analyse devra donc nous permettre de répondre aux questions suivantes :

L'accueil familial décrit est-il thérapeutique ?

Constitue-t-il une forme d'alternative à l'hospitalisation ?

S'inscrit-il dans une perspective de santé mentale communautaire ?

Est-il possible de le transformer en accueil familial thérapeutique de court terme et à quelles conditions ?

Quelles sont les ressources et les obstacles par rapport au développement d'un tel projet ?

Plan du mémoire.

Dans une première partie, après avoir situé cette étude dans son contexte, celui de l'évolution récente de la psychiatrie et de ses dispositifs, nous tenterons de définir les caractéristiques principales des dispositifs de psychiatrie communautaire et de l'AFT de court terme.

Dans une seconde partie, nous décrirons et analyserons le fonctionnement de dispositifs existants, à Lille et en Belgique. Nous nous appuierons sur une recherche-action développée sur ce sujet, basée sur l'analyse des rencontres faites avec des usagers, des praticiens, des directions hospitalières et des décideurs politiques concernés par différents types d'AF.

Dans une troisième et dernière partie, nous discuterons des limites de l'étude, et des perspectives futures d'un tel projet, avant de conclure.

Première partie

1. Contexte

Du XVIIIème siècle au XXème siècle.

Jusqu'à la révolution française et Pinel, à la fin du XVIIIème siècle, les malades mentaux n'intéressaient la société que dans la mesure où ils présentaient un danger pour autrui. Ils étaient alors enfermés, ce qui constituait déjà un progrès par rapport au Moyen Age, où ils étaient considérés comme possédés et parfois brûlés. La relative humanisation du traitement des malades mentaux introduite par Pinel consista à les désenchaîner et à les séparer des autres prisonniers pour les rassembler en grand nombre dans des asiles d'aliénés... Les asiles avaient une vocation thérapeutique mais les traitements restèrent inefficaces et/ou barbares (lobotomie par ex) jusqu'à la moitié du XXème siècle. A ce moment, de nouveaux médicaments furent utilisés (neuroleptiques), et le système asilaire fut l'objet de critiques virulentes, de l'intérieur même de la psychiatrie. (Gentis, 1977)

Du milieu du XXème siècle à aujourd'hui.

En Europe.

Depuis plus de 50 ans, l'Europe est donc le théâtre de profondes évolutions et réformes de la psychiatrie et plus largement de la santé mentale.

En Italie, en 1999, les derniers lits psychiatriques ont été fermés. L'Angleterre a développé des structures de soins à domicile et fermé ses 134 hôpitaux psychiatriques. Des provinces entières d'Espagne ont intégré les soins psychiatriques dans les soins de santé primaire. La Suède a développé des unités de psychiatrie dans les hôpitaux généraux et dans la cité tout en fermant parallèlement les hôpitaux psychiatriques. La Grèce a entrepris un plan de reconversion de ses immenses sites psychiatriques.

En Belgique.

Encore aujourd'hui championne d'Europe du nombre de lits psychiatriques par 100.000 habitants¹, la Belgique a pourtant tenté à plusieurs reprises de réformer son dispositif de soins en santé mentale. Cela s'est concrétisé de la manière suivante :

-dans les années 1970, les asiles pour malades mentaux se transforment en hôpitaux psychiatriques. C'est alors que seront fixées des normes d'agrément et de programmation pour les services A (aigus) et T (chroniques) pour adultes et les services K (kinderen) pour enfants et adolescents. Le personnel devient peu à peu un personnel soignant qualifié (psychiatres, infirmiers, psychologues, ...)

Parallèlement, pour les personnes présentant des problématiques psychiques mais dont les soins ne nécessitent pas ou plus une hospitalisation en psychiatrie (ou en section psychiatrique de l'hôpital général), se développent des centres de santé mentale axés sur une aide ambulatoire dans la communauté.

-dans les années 1980, un moratoire ne laisse plus croître davantage le nombre total de lits et de places résidentiels ; cela signifie que pour chaque nouveau lit ouvert, un lit existant doit être fermé.

-dans les années 1990, les initiatives d'habitations protégées (IHP) voient le jour. Elles visent des personnes présentant des troubles mentaux qui n'ont plus besoin d'une hospitalisation mais qui ne sont pas suffisamment autonomes pour vivre entièrement seules. Les résidents peuvent vivre individuellement ou en petit groupe, de manière autonome (repas, tâches ménagères) tout en bénéficiant d'un certain accompagnement social.

Le moratoire permet de reconvertir un lit psychiatrique A en 8 places d'habitations protégées.

-en 2002, la Déclaration conjointe sur la politique future en matière de soins en santé mentale est signée par l'ensemble des ministres compétents (fédéraux, communautaires et régionaux) pour la Santé publique, la politique de la santé et les Affaires sociales. « Cette Déclaration (et son amendement) précise que les soins en santé mentale tant aigus que chroniques seront à l'avenir organisés en circuits et réseaux de soins pour répondre le mieux possible aux besoins et demandes de soins des personnes présentant des problèmes psychiques. Des soins en santé mentale centrés sur la demande contribueront à éviter autant que possible les admissions en résidence. Toutefois, si l'admission est inévitable, des efforts

¹ En 2008, la Belgique compte pour 100000 habitants 152 lits psychiatriques alors que la France en compte 95,2 et l'Italie 8. OMS Europe 2008

seront entrepris afin d'écourter au maximum le séjour en milieu résidentiel. » (Guide psy107, p4)

C'est également en 2002 que la loi sur les droits du patient est approuvée. Elle permet notamment la consultation du dossier par le patient, le libre choix du professionnel des soins de santé, la protection de la vie privée, etc.

-en 2010, une réforme plus ambitieuse et plus profonde se met en place. Elle va permettre la réallocation d'une partie des moyens des hôpitaux psychiatriques vers les soins dans la communauté, par le « gel » d'un certain nombre de lits, en mettant en œuvre l'art. 107 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins. En clair, les équipes soignantes attachées à ces lits « gelés » sont reconverties en équipes de soins psychiatriques à domicile.

Cette réforme des soins de santé mentale belges vise la création de réseaux de soins, tout en respectant l'offre existante et en amplifiant leur complémentarité. Pour répondre à l'ensemble des besoins en santé mentale de la population d'un territoire donné, l'ensemble des intervenants de ce territoire devront créer des stratégies de collaboration. « La finalité est le maintien des personnes au sein de leur environnement et de leur tissu social d'origine par la mise en place de parcours thérapeutiques individualisés. » (Guide psy107, p 10)

Au sein de chacun de ces réseaux, 5 fonctions devront être développées :

-fonction 1 : activités en matière de prévention, de promotion des soins en santé mentale, détection précoce, dépistage et pose d'un diagnostic ;

-fonction 2 : équipes ambulatoires de traitement intensif, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques ;

-fonction 3 : équipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale ;

-fonction 4 : unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable ;

-fonction 5 : formules résidentielles spécifiques permettant l'offre de soins lorsque l'organisation des soins nécessaires à domicile ou en milieu substitutif du domicile est impossible.

Le principe à respecter est que l'utilisateur ait une place centrale. Le dispositif doit se construire autour de ses besoins et le suivre au long de toutes les étapes de son parcours.(SPF, Guide vers de meilleurs soins en santé mentale, 2011).

Le réseau de santé mentale du Hainaut Occidental (HO) s'inscrit dans ce processus de réforme.

Il couvre une zone de 200.000 habitants, le long de la frontière franco-belge, au nord de Lille et Roubaix. Dans l'ensemble des 5 fonctions, une cinquantaine de partenaires participent à son élaboration.

Nous assurons dans le réseau HO un rôle de garante de la fonction de réhabilitation psychosociale. En outre, sur le terrain, nous coordonnons un bistro thérapeutique dont le fonctionnement s'inspire de la psychothérapie institutionnelle et des clubs thérapeutiques, et nous sommes à l'origine de la création d'une association d'usagers en santé mentale « Cité Nous ». Grâce à cette association, des représentants des usagers font maintenant partie du comité de travail qui construit peu à peu le réseau.

2. Santé mentale communautaire : quelques définitions.

La nouvelle réforme des soins de santé mentale belges s'inspire des principes de la santé mentale communautaire : des mesures de prévention et de promotion de la santé y sont développées, la première ligne est concernée, les soins se rapprochent du milieu de vie des usagers, l'inclusion sociale y est promue, l'hospitalisation n'intervient qu'en dernier recours, la participation des usagers devient incontournable...

Les concepts récents (et relativement nouveaux en Belgique) de psychiatrie communautaire, d'empowerment, et d'inclusion sociale, peuvent être définis comme suit :

2.1. Psychiatrie communautaire.

La notion de **psychiatrie communautaire** est née en France dans les années 1950-1970, sous l'impulsion du Groupe de Sèvres, (issu de la psychothérapie institutionnelle) à l'initiative de Lucien Bonnafé. L'objectif de ces pionniers était de transférer les patients de l'hôpital à la ville. Les pratiques institutionnelles se réfèrent à un courant préexistant : le désaliénisme, c'est-à-dire le refus d'attribuer au malade le statut d'aliéné, d'étranger à la société (Pourtois, Desmet, 2004, p. 287). Ils s'inspirent également de l'humanisme (Saïas 2011, p.16).

Afin d'éviter tout contre sens, il semble utile de commencer par une remarque concernant le terme « institution ».

Dans le langage anglo-saxon, et en Belgique, l'institution désigne le plus souvent l'hôpital et donc la « désinstitutionnalisation » est la prise en charge des malades hors de l'hôpital.

En France, l'hôpital est désigné par « établissement », et la démarche qui vise à transformer et à traiter les malades dans le tissu social est souvent appelée le « désaliénisme ».

En Europe, dans les années 1960, des psychiatres (Laing, Bonnafé, Basaglia) et des sociologues ou philosophes (Goffman, Foucault, Castel) vont lutter *contre le stigma psychiatrique* et *pour la reconnaissance des droits fondamentaux des individus en souffrance*

en prônant le passage d'une logique hospitalière (vécue comme répressive) à une logique territoriale et de santé. Ils conduiront à développer des structures communautaires « à même de porter cette ambition sociale de réhabilitation des fous ». (Saïas, 2011)

Enfin pour clarifier les termes, selon l'Association Française de Psychologie Communautaire (AFPC), une **action** est dite **communautaire** si elle :

- Promeut la justice sociale, c'est-à-dire qu'il faut repérer dans notre société, ce qui fait défaut d'égalité (en terme de droit, de santé, d'insertion ...) en raison de structuration sociale excluante ; et, fort de ce constat, créer des inégalités qui servent les plus désavantagés ;
- Se fixe comme objectif l'**empowerment** d'une communauté d'individus, c'est à dire qu'elle vise à transférer aux membres de cette communauté les moyens de leur propre développement. ;
- S'appuie sur la collaboration des personnes concernées : les patients deviennent acteurs de leurs soins. Il y a une co-construction ;
- Adopte une perspective écologique : la santé dépend des environnements de vie du sujet. Environnements aux caractéristiques distinctes selon le degré de proximité avec l'individu (de la sphère familiale à l'environnement sociétal et politique) ;
- Repose sur la solidarité et le principe de subsidiarité.

2.2.L'empowerment.

L'**empowerment** désigne le *pouvoir d'agir*. Selon Saïas (2011), centré sur l'individu, l'*empowerment* est la manière par laquelle le sujet va développer ses habiletés favorisant l'estime de soi, la confiance en soi, l'initiative et le contrôle. Visant les communautés, l'empowerment est un processus qui favorise le sentiment de compétence des membres de cette communauté.

En Français, la définition littérale de l'*empowerment* serait : « un processus d'aide (*em-*) à la réalisation (*-ment*) de ce qui est en puissance (*-power-*) chez un individu ou une communauté » (Saïas, 2007).

Dans le champ de la santé, l'empowerment permet aux sujets d'être plus au centre du soin : ils deviennent capables d'actions sur leur propre santé.

En 2005, à Helsinki, l'OMS a organisé un plan d'action pour la santé mentale en Europe qui a été signé par les ministères de la Santé de cinquante-deux pays (WHO, 2005). Ce plan d'action définit l'empowerment des usagers et des aidants comme une de ses cinq priorités.

Un consensus a été trouvé entre tous les partenaires autour d'une définition de l'*empowerment* en santé mentale : « L'empowerment fait référence au niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie. (...) La clé de l'empowerment se trouve dans la transformation des rapports de force et des relations de pouvoir entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements (Wallerstein, 2006).

Comme l'explique Nicolas Daumerie, l'*empowerment* n'est pas un état mais bien un processus de transformation. Il s'applique à tout individu ou groupe victime d'injustice et d'oppression. C'est un concept englobant de nombreuses dimensions : l'interdépendance, l'écologie des relations, le respect et la dignité, l'information partagée, la participation, le soutien mutuel, l'autodétermination et l'autogestion. (Daumerie, 2011).

L'*empowerment* désigne donc la succession d'étapes par lesquelles un individu ou une collectivité s'approprié le pouvoir et la capacité d'exercer celui-ci de façon autonome. Les applications pratiques peuvent être nombreuses en santé mentale (Daumerie, 2010).

2.3.L'inclusion sociale.

Issue de la sociologie, **l'inclusion sociale** désigne les rapports entre les individus et les systèmes sociaux. Selon Haelewyck et de Schepper, il s'agit de s'interroger et/ou d'étudier le fonctionnement et/ou le dysfonctionnement des systèmes sociaux, de s'intéresser aux processus institutionnalisés ou non mais également à la perspective de l'action individuelle dans ces processus. L'inclusion sociale fait donc appel à une réflexion sur la dynamique des systèmes et sur les relations interpersonnelles qui renforcent ou déforcent la cohésion sociale. La notion de cohésion sociale suppose une participation active des individus au fonctionnement voire à la création des dispositifs de la société.

3. L'accueil familial.

Dans ce chapitre nous citerons à plusieurs reprises Jean Claude CEBULA, l'un des auteurs actuels les plus engagés dans la réflexion sur l'accueil familial thérapeutique d'adultes.

En ce début de siècle, la famille, loin de l'idéal imaginaire de la famille traditionnelle, a traversé de nombreuses mutations et perdu nombre de ses repères : monoparentale, éclatée, recomposée ... mais qu'elle soit nucléaire ou élargie, elle reste un lieu de refuge et d'appartenance. Etre accueilli dans une famille a donc d'emblée une valeur sociale non stigmatisante par le fait même de permettre à la personne de rester inscrite dans un système familial (Auger, 2003).

Social, l'accueil familial peut également être thérapeutique par le soutien, l'aide, la permanence relationnelle, et parfois la séparation du milieu pathogène. Il est difficile de cliver de manière abrupte accueil familial social et accueil familial thérapeutique.

L'objectif étant ici de permettre à des adultes souffrant de troubles psychiques de sortir (rapidement) ou d'éviter d'entrer à l'hôpital et non pas de développer un mode d'hébergement alternatif, nous utiliserons toutefois tout au long de cette étude le terme d'accueil familial thérapeutique (AFT).

Dans une approche thérapeutique de l'accueil familial, l'institution tierce n'a plus pour objectif principal de « réguler » des offres d'accueil entre particuliers. L'objectif est alors de définir un cadre de travail et les compétences de chacun.

Le service de soins recrute des familles et organise le placement. Il est indispensable de préciser les rôles et les fonctions de chacun des intervenants mais également les responsabilités de l'établissement, de l'équipe de soins et de la famille d'accueil. Ce dispositif vient faire tiers entre l'accueillant et l'accueilli.

Effectivement, l'identité du patient sera beaucoup plus profondément interpellée dans une famille d'accueil que dans un établissement hospitalier. Dans un établissement de soins, l'institution détermine les relations entre deux types de populations, les soignants et les soignés, « alors que la scène familiale laisse s'organiser des rôles et des relations colorés par les attentes, les fantaisies ou les places à prendre. Scène et rôles qui deviennent porteurs d'interrogations : qui suis-je donc ? Pourquoi suis-je là ? Et que sont donc ces gens pour moi ? » (Cébula, 1999,p.114). Inévitable rencontre de l'histoire de la famille qui accueille avec « ses deuils, ses pertes et donc ses manques à combler, qu'ils soient affectifs, psychiques ou financiers. » (Cébula, 1999, p. 163)

Il est donc indispensable d'élaborer un cadre de référence afin que chacun des partenaires puisse identifier son rôle et sa fonction :

-un règlement intérieur de l'accueil familial (il mentionne le projet, les responsabilités de chacun, le travail et ses limites, les rapports avec l'équipe). Par exemple, le rôle de la famille n'est pas de remplacer médecin, infirmière ou psychologue mais son rôle est d'être une famille accueillante.

-un contrat d'accueil (ou contrat de travail) passé entre le directeur de l'établissement et l'accueillant ;

-un contrat d'accueil (ou projet thérapeutique), l'accueil familial thérapeutique est un projet soumis à l'accord de l'ensemble des partenaires (le psychiatre, l'accueilli, l'accueillant, un membre de l'équipe soignante).

La famille d'accueil, vue comme un outil thérapeutique, participe au projet de soin et est soutenue par une équipe soignante pluridisciplinaire. « L'accueil familial devient donc un outil de soin relativement précis qui repose sur l'étroite collaboration de personnels soignants et de familles d'accueil » (Cébula, 1999, p.48)

Toutefois, Cébula nous met en garde contre trop de présence des soignants qui pourrait annihiler l'accueil familial et certains de ses effets. Le risque est qu'alors la famille d'accueil devienne une annexe de l'hôpital et que des préoccupations psychiatriques s'installent. Ainsi il n'y a pas de *fous* en famille d'accueil mais *des malheureux* qui ont eu *des problèmes* ou *pas de chance*, *des individus peu sujets de leur histoire*. Point essentiel du travail thérapeutique, plutôt que de décoder les symptômes en les rapportant à la pensée psychiatrique, il est préférable d'aider les familles à les penser et les contextualiser, c'est-à-dire à leur donner un sens dans le contexte familial. (Cébula, 1999, p.110, 169).

L'accueil familial est un bout de vie que parcourent ensemble, plus ou moins intensément, une famille d'accueil et un accueilli. (Cébula, 1999, p.164).). Accueillir chez soi une personne chez qui la délitescence des liens sociaux et le vide relationnel sont à l'avant plan nécessite évidemment un accompagnement de la famille d'accueil.

Moins centré sur les troubles mais tourné vers l'inclusion sociale et les capacités de l'individu, il nous semble que l'accueil familial de court terme s'inscrit dans cette perspective de santé communautaire, dans la mesure où il permet d'éviter l'hospitalisation et de maintenir l'utilisateur dans sa communauté de vie, tout en lui permettant de s'éloigner provisoirement de son domicile.

L'AFT de court terme respecte les principes de la santé mentale communautaire :

- Il promeut la justice sociale : des patients faiblement stabilisés et troublés dans leur milieu de vie habituel malgré des soins ambulatoires peuvent alors bénéficier d'une alternative à l'hospitalisation psychiatrique fortement stigmatisante. L'étude Indigo montre que l'hospitalisation psychiatrique est plus que le diagnostic lui-même source de stigmatisation, l'hospitalisation en psychiatrie labélise (Giordana, 2013) ;
- Il promeut l'empowerment d'une communauté, même si cette communauté est ici réduite à une cellule familiale ;
- Il ne peut exister que dans une co-construction. L'accueilli signe un contrat d'accueil et est concerné à chaque étape de l'AFT. Les soins sans consentement sont une cause d'exclusion.
- Il adopte une perspective écologique : directement impliqué dans une vie de famille, l'environnement devient directement *l'outil* de soin ;
- Il repose sur la solidarité (familiale) et le principe de subsidiarité.

Deuxième partie.

1. Méthodologie.

Bien que notre recherche ne soit qu'une étape préliminaire d'un processus beaucoup plus important si l'on espère voir se développer un AFT en Belgique, nous avons, toutefois, choisi d'utiliser le modèle de la recherche action (RA).

Dans la RA le chercheur dépasse le stade d'observateur et d'interprète des situations. Il intervient personnellement comme agent de changement. La RA prend appui sur l'action des groupes et la nécessité de faire participer les gens à leur propre changement d'attitude ou de comportement dans un système interactif. La RA postule qu'on ne peut dissocier la production des connaissances des efforts faits pour amener le changement (Barbier, 1996).

Kurt Lewin parle de RA comme une action à un niveau réaliste toujours suivie par une réflexion autocritique objective et une évaluation des résultats. Elle n'existe pas sans participation collective.

Notre méthode d'investigations s'est basée sur des entretiens semi-structurés avec des accueillants, des usagers ayant bénéficié de l'accueil familial, des praticiens, des directions et des représentants politiques concernés par l'accueil familial.

1.1. Personnes interviewées.

Nous avons rencontré et interviewé :

- Pour l'Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées (AWIPH), Monsieur Detandt P., directeur du Service d'Accueil Familial Provincial du Hainaut et l'ensemble de son équipe ;
- Pour l'accueil familial des Aînés :
 - ✓ Madame Marchal J., attachée au Service Public de Wallonie ;
 - ✓ Madame Bouton B., Inspectrice Générale au Service Public de Wallonie

- Pour les lits psychiatriques en accueil familial (index TF),
 - ✓ Madame Heyden I., assistante sociale à l'Accueil, centre hospitalier spécialisé de Lierneux.
 - ✓ Madame Dehareng F., Directrice Générale du Centre Psychiatrique de Lierneux
- Concernant l'accueil familial alternatif à l'hospitalisation en psychiatrie développé dans le secteur 59G21 de Lille Est :
 - ✓ Présentation lors de la session de Lille du DIU par le Docteur Defromont, Madame Lombart (famille d'accueil) ;
 - ✓ Le Docteur Bonnel H., et son équipe. Participation à une après-midi de consultations et rencontres des usagers étant en accueil familial, rencontre avec Madame Leconte, accueillante.
 - ✓ Madame Vittu V., DRH à l'EPSM d'Armentières.
- Pour le réseau de Santé Mentale du Hainaut Occidental :
 - ✓ Monsieur Hoebanx J.L., coordinateur du réseau ;
 - ✓ Le Docteur Jeanmart V., psychiatre responsable de l'équipe mobile intensive ;
 - ✓ Monsieur Berghe N., infirmier chef de l'équipe mobile intensive ;
 - ✓ Le docteur Delaunoit B., médecin chef du Centre Régional Psychiatrique les *Marronniers* de Tournai ;
 - ✓ Monsieur Dutilleul A., Directeur financier du Centre Régional Psychiatrique les *Marronniers* de Tournai ;

Les rencontres suivantes sont programmées dans le prochain trimestre :

- Monsieur Decoster CH., Directeur Général au Service Public Fédéral Santé
- Monsieur Jacobs B., Coordinateur fédéral SPF ;
- Monsieur De Bock P., Conseiller général Service des Soins de Santé Psychosociaux SPF.

1.2.Objectifs des interviews.

L'ensemble de ces entretiens a permis de décrire les différents dispositifs d'accueil familial existants, de les analyser et de puiser dans chacun ce qui pourrait permettre de développer un accueil familial thérapeutique de court terme alternatif à l'hospitalisation psychiatrique.

Dans un premier temps, nous avons découvert l'accueil familial thérapeutique court, véritable alternative à l'hospitalisation, tel que proposé dans le secteur de Lille Est par le service du Docteur Defromont (et coordonné par le Dr Bonnel). Modèle dont nous souhaiterions nous inspirer pour développer l'AFT en Belgique.

Dans un second temps, nous avons exploré les divers modes d'accueil familial existant en Belgique. L'accueil familial est loin d'être une nouveauté dans notre pays. Cependant, malgré (ou peut-être à cause) de sa longue histoire, il peine à se faire connaître et reconnaître.

A certaines époques, les solidarités familiales (ou communautaires) se pratiquaient naturellement. Inutile intervention des services sociaux, mais des enjeux parfois très lourds où se mêlent intérêt, culpabilité, dette, amour, ... Les aînés, les simples d'esprit ou handicapés divers étaient pris en charge au sein même de la famille.

A d'autres époques, des colonies entières seront hébergées (et certains diront exploitées) par des familles d'accueil. (cf point 2.2.1.1. L'accueil familial psychiatrique en Belgique : Geel et Lierneux)

Plus récemment, organisé par l'Etat et les services sociaux, l'accueil familial sera vu comme un mode d'hébergement économique et alternatif à l'errance des patients d'une institution spécialisée à une autre.

Encore aujourd'hui, l'accueil familial lutte contre cette représentation figeante. Il semble pourtant évident que ces personnes orientées vers des familles ne le sont pas par manque d'hébergement mais bien pour qu'elles puissent se reposer sur le soutien qu'une famille (autre que la leur) est prête à leur offrir.

« Cependant si les mots ont un sens, on doit réserver ces offres à l'obligation qu'il y a d'exercer cette activité en impliquant sa vie familiale qui devient alors une sorte d'outil de travail. » (Cébula, 1999, p. 50)

1.3. Questions explorées.

A chacune des personnes rencontrées, nous avons expliqué notre projet de recherche et notre souhait de découvrir l'accueil familial tel qu'elles le pratiquent.

- Dans le service de l'AFT du secteur G21 de Lille Est, nous avons rencontré des accueillis, des accueillants et des membres des équipes mobiles qui les accompagnent au quotidien. Ces rencontres ont mis en évidence tout l'intérêt thérapeutique de ce type d'accueil mais également tout le sens, simplement, d'être dans une famille plutôt qu'à l'hôpital (cf B.4. Modèle Lillois).
- Lors des rencontres et interviews avec les responsables de service d'AF et des directions nous avons insisté :
 - ✓ sur l'aspect pratique et la manière dont s'organise l'AF dans leur institution (public cible, reconnaissance et financement des accueillants, mode de financement, AFT ?, ...);
 - ✓ sur la manière dont ils souhaitent voir évoluer l'AF dans leur service ;
 - ✓ leur semble-t-il possible que l'AF tel qu'ils le pratiquent puisse servir de base à la création d'un AFT de court terme alternatif à l'hospitalisation en psychiatrie ?
- Lors des rencontres et interviews avec des membres du réseau de santé mentale HO :
 - ✓ Nous avons présenté le projet d'AFT tel que pratiqué dans le secteur G21 de Lille Est ;
 - ✓ Nous avons discuté de la possibilité de mettre en place ce type d'AFT dans le réseau HO et de ses implications possibles;
 - ✓ Nous avons approché les implications financières d'un tel projet.

2. Description et analyse des accueils familiaux existants.

2.1.L'accueil familial psychiatrique.

2.1.1. L'accueil familial psychiatrique de court terme à Lille Est.

1. Public cible.

L'accueil familial thérapeutique est une alternative à l'hospitalisation, « elle s'adresse à des patients dont le séjour en milieu hospitalier n'est pas ou plus nécessaire et pour qui la vie dans la communauté, en complément du suivi thérapeutique, doit permettre le maintien ou la restauration des capacités relationnelles et d'autonomie. » L'objectif est « de favoriser la réadaptation du patient et de faciliter sa réinsertion. Il peut également permettre de retravailler la dynamique familiale. En ce sens, il peut être un palier avant la sortie du patient hospitalisé. A défaut, il peut constituer une transition avant une orientation à caractère social ou médico-social. » (EPSM Lille Métropole règlement intérieur, art 11)

Le docteur Bonnel insiste sur l'indication très large, hors phase suraigüe, soins sans consentement et le fait de n'avoir aucun autre projet que l'AFT (Bonnel, 2012).

Pour Brigitte Gadeyne, psychiatre responsable d'une unité d'AFT au Centre hospitalier parisien Sainte-Anne, il est plus facile de repérer les restrictions d'indication que les indications proprement dites. L'AFT ne sera donc pas prescrit à « des patients psychotiques non stabilisés, non compliant au traitement, aux états suicidaires, à ceux de dangerosité, aux cas de paranoïa, d'érotomanie et de perversion ». Elle émet également des réserves « en cas de grande dépendance (patients déments, grabataires, incontinents), de troubles addictifs, de patients fuguant de façon répétée et de relations hautement pathologiques avec la famille d'origine- relations très fusionnelles, délire de filiation ». Une famille d'accueil ne peut faire face à la dangerosité, ni exercer une surveillance constante (Helfter, 2013).

De plus n'oublions pas que l'AFT se co-construit et que tous les patients qui pourraient être concernés ne seraient pas forcément amateurs d'un tel « bain familial ».

2. Statut des accueillants.

L'accueillant signe un contrat de travail avec l'Etablissement Public de Santé Mentale Lille-Métropole (EPSM Lille-Métropole, Contrat d'accueil). L'accueillant est donc employé comme tous les autres membres du personnel de l'EPSM. Seules les conditions d'horaire, de lieu de travail et d'assurance sont particulières. Cela engendre l'ensemble des droits propres à tout travailleur (congé, préavis, formation, ...).

Toutefois, étant donné le caractère fluctuant de l'accueil, pour qu'un agrément soit accordé par la commission ad hoc, l'accueil familial ne peut être la seule source de revenus de la famille.

L'agrément ne vaut pas recrutement. Quand une famille reçoit l'agrément pour l'AF, elle doit encore signer un contrat de travail avec l'EPSM avant de pouvoir accueillir un patient.

L'accueil étant de court terme la question de la domiciliation ne se pose pas.

Les conditions de rémunération et d'indemnité sont définies dans l'art.3 du contrat de travail. Ce qui équivaut actuellement à environs 1800€ net/mois si le lit a été occupé tout le mois (si le lit n'était pas du tout occupé, cela équivaldrait à environs 500€).

Le coût pour la personne accueillie est exactement le même que pour une hospitalisation classique et l'intervention de la mutuelle et des assurances complémentaires est équivalente. Elle reçoit d'ailleurs une facture de l'EPSM.

3. Accompagnement.

Quand un patient ne nécessite pas ou plus une hospitalisation à temps plein mais qu'il est troublé dans son milieu habituel malgré des soins ambulatoires, l'accueil familial lui est présenté et expliqué. Si le patient accepte, la famille est contactée, l'accueil est prescrit par le praticien hospitalier et il est organisé dès le lendemain (parfois le jour même) par l'équipe de l'AFT². Un contrat d'accueil est signé entre le psychiatre, l'accueillant et l'accueilli.

« Dès le début, le travail est une co-construction entre l'équipe, le patient, la famille d'accueil et moi-même », explique Hervé Bonnel. « Il y a un contrat individualisé et on y ajoute une sorte d'alliance collaborative : on s'engage fort, tous. »

² L'équipe de l'AFT est constituée de 0,2 ETP psychiatre et 9 infirmiers (partagés avec l'équipe mobile) pour 13 places d'AFT.

Une rencontre structurante où l'information circule est organisée par l'équipe à la pré-admission, à l'admission. Une visite à domicile est prévue le lendemain de l'admission puis au minimum une fois/semaine. Un contact téléphonique biquotidien est prévu. L'équipe est joignable 24h/24.

Une consultation hebdomadaire a lieu au service de l'AFT. Durant cette consultation, le psychiatre responsable de l'AFT rencontrera en présence de l'infirmier référent de l'équipe mobile, l'accueilli seul, puis l'accueillant seul et enfin l'accueilli et l'accueillant ensemble.

Durant cette consultation, seront réglés pour la semaine à venir (fiche de suivi hebdomadaire), avec l'accord de chacune des parties ;

- les consultations médicales ;
- les autres consultations (psychologue, kiné, ...)
- le traitement ;
- les activités thérapeutiques « frontières » (aquagym, relaxation, ...)
- les rencontres familiales ;
- les sorties, les congés, les démarches, ...

La médication est fournie par la pharmacie de l'EPSM. Les soins somatiques sont renvoyés vers le médecin traitant.

Le psychiatre organise aussi des entretiens familiaux avec la famille d'origine, mais il n'y a aucun contact entre elle et les accueillants : c'est une des règles du service. Aucun contact non plus du patient avec le foyer d'accueil une fois qu'il l'a quitté. « *Une famille qui a reçu 300 personnes passerait son temps au téléphone.* »

Jenny Leconte, première accueillante à avoir été recrutée à l'EPSM, a reçu 300 patients depuis qu'elle a commencé en 2000 : « *300 personnes, toutes différentes, que j'ai "aimées" chacune à sa façon* ». Ce principe des trois semaines, Jenny Leconte l'a dans la tête. « *La première semaine, j'essaie d'instaurer une bonne relation avec le patient : je le "cocoone" un peu. La deuxième semaine, il faut l'aider à réussir son projet, l'épauler dans ses démarches. La troisième, enfin, est la plus difficile : il s'agit de le préparer à partir.* »

2.1.2. L'accueil familial psychiatrique à Geel et Lierneux en Belgique.

La Belgique était fréquemment donnée en exemple dans le domaine de l'accueil familial de long cours. Deux institutions d'accueil familial pour patients psychiatriques existent de longue date en Belgique : Geel, en Flandre et Lierneux en Wallonie.

1. Historique.

a. Geel

Geel, petite ville néerlandophone de la province d'Anvers est citée comme le berceau de l'accueil familial.

La légende raconte que, vers l'an 1250, Dymphne, jeune princesse irlandaise doit fuir les desseins incestueux de son père veuf. Aidée du moine Gereberne, elle traverse la mer du nord et arrive à Geel. Le père, fou de rage, rattrape les fuyards et leur tranche la tête. La population y vit l'œuvre d'un possédé. On raconte qu'après cet acte horrible, le père fut guéri de sa possession. Les reliques de Dymphne et Gereberne furent vénérées et le lieu devint un but de pèlerinage. On invoque la sainte pour la guérison des maux de tête, des « maladies mentales » et de la « faiblesse d'esprit ». Les « possédés » venaient y accomplir des neuvaines. Les candidats au miracle étaient plus ou moins hébergés et nourris par la population. Certains, non guéris par la neuvaine, restaient au pays (Leduc, 1987).

« Ainsi, dès l'origine, l'accueil familial se conçoit comme un mode d'hébergement associé à une espérance de changement avec une répartition des compétences : « la guérison appartient à Dieu et à Ste Dymphne, le réconfort et le soutien à la population. » (Cébula, 1999, p. 19)

Au milieu du XIX^{ème} siècle Geel compte 1500 patients placés en famille pour une commune de 10500 personnes.

En 1821, Esquirol se rend à Geel pour y découvrir la *colonie d'aliénés*. Emerveillé, il admire la liberté que permet cette thérapie en plein air : « Les aliénés, hommes et femmes, errent librement dans les rues, dans la campagne, sans que personne y paraisse prendre garde, alors même qu'ils ont des entraves aux pieds. »

Esquirol est formel, la liberté n'est pas totale : « Cherchent-ils à s'évader, on leur met des fers. Sont-ils furieux, on les enchaîne des pieds et des mains : alors, ils ne sortent point, à moins qu'ils ne logent dans une ferme très isolée ; dans ce dernier cas, ils sortent toujours. En mettant les pieds sur le territoire de Geel, nous vîmes avec douleur un maniaque qui s'agitait sur la route auprès d'une ferme, dont les entraves en fer avaient déchiré la peau au bas des

jambes. Dans toutes les maisons, on voit contre la cheminée et souvent contre le lit un anneau auquel on fixe la chaîne qui doit contenir ces infortunés ».

Hormis ces moyens de contrainte- que la loi de 1850 supprimera-, leur existence est assez douce. « Les habitants se chargent d'un, de deux, de trois, jusqu'à cinq pensionnaires, jamais au-delà. (Les hommes) servent de valets de ferme et les cultivateurs en retirent un très grand avantage. Presque toutes les femmes sont occupées à filer, à faire de la dentelle ou bien elles remplissent les fonctions de servante dans la maison où elles sont pensionnaires.

Les uns et les autres reçoivent une légère rétribution en aliments. Cette rétribution est si légère que ceux qui vivent avec les paysans se contentent pour tout salaire d'un pot de bière qu'on leur donne le dimanche ». L'aliéniste conclura de manière plutôt positive ; ils sont (presque) libres et on ne les maltraite pas. (Colignon, 2009)

L'hôpital psychiatrique de Geel proprement dit n'existe que depuis 1862, il a dû s'adapter à ce qui existait déjà dans la communauté. En 1937, 3700 patients étaient accueillis en famille ; en 1945, ils étaient 2408; en 1960, 1934 ; en 1970, 1386 ; en 1987 il n'en restait plus que 830.

Aujourd'hui, un arrêté ministériel datant du 31/12/1991 définit les normes de l'index TF qui règle l'accueil familial pour les patients chroniques (ou chronifiés ...).

Chaque patient doit avoir sa propre chambre dans la maison, il ne peut y avoir plus de trois patients par famille d'accueil, la famille doit assurer l'entretien du linge et la préparation des repas, ... Toutes ces normes sont énoncées par l'Etat pour éviter les dérapages au niveau des conditions de confort, d'alimentation et d'exploitation dont peuvent être victimes les malades psychiatriques dans ce type d'hébergement.

A Geel, les patients demeurent très longtemps dans des familles d'accueils, on parle aujourd'hui de 23 ans de moyenne de durée de séjour ...

b. Lierneux

Vers 1880, les différents asiles du royaume comptent plus de 8.000 colloqués, 2.000 de ces patients pourraient être placés en Colonie pour aliénés sans inconvénient majeur. La construction de bâtiments pouvant accueillir une telle foule coûterait 7 millions de francs-or ; l'économie est considérable et donc indiscutable. D'autre part dans la Colonie de Geel plus de 500 Wallons figurent parmi les aliénés. L'idée est née. A l'autre bout de la Belgique, Lierneux, petit village des Ardennes, aura sa Colonie d'aliénés. En Haute Ardenne les distances sont telles que les risques d'évasion sont limités, ce qui est de nature à rassurer la société qui apprécie peu d'exhiber ses marginaux. Le samedi 19 avril 1884, les quatre premiers aliénés sont amenés à Lierneux. En 1890, la Colonie comptera 264 aliénés, en 1892, 397. En 1912, le système culminera avec 634 malades placés en famille. De la Colonie naîtra l'hôpital psychiatrique. C'est en 1937 que l'institution comptera son plus grand nombre de pensionnaires (652, mais il n'en reste que 315 en placement familial).

Peu à peu le terme de *Colonie* a d'étranges relents avec l'émancipation des peuples d'Afrique et d'Asie. Si on décolonise le Congo, pourquoi ne pas *décoloniser* Lierneux ?

En octobre 1962, la Colonie Provinciale de Lierneux prendra le nom d'Institut Psychiatrique Provincial de Lierneux (Colignon, 2009). Lierneux fait aujourd'hui partie d'une intercommunale « Isosl ».

L'hôpital de Lierneux a actuellement un agrément de l'INAMI (Institut National Assurance Maladie Invalidité) pour 430 lits, dont 120 lits en familles d'accueil. Il en a réellement 105 et 95 sont occupés.

A une époque, Geel et Lierneux recevaient des patients de toute la Belgique, un peu comme le « bout de ligne », le dernier ressort. On a l'impression que la psychiatrie belge avait réduit l'accueil familial à un mode d'hébergement économique, sorte d'hôtellerie pour malades mentaux condamnés par la science, et où les murs de l'asile étaient remplacés par l'éloignement physique et psychique.

L'hôpital « plaçait » dans ces familles des patients présentant un retard mental ou une psychose stabilisée, et qui allaient travailler dans les fermes. Il s'agissait de personnes avec qui tout avait été essayé et pour qui ce type de placement était une solution peu coûteuse.

Selon Cébula, Geel représente en fait le principe même de l'exclusion et ce malgré l'amélioration de la symptomatologie. Effectivement, que ce soient les pèlerins du moyen-âge ou les malades mentaux contemporains, les personnes envoyées à Geel le sont dans un mouvement d'éviction à long terme de leur communauté d'origine. (Cébula, 1999, p.21).

Cependant, même si les patients vont, encore aujourd'hui, à Geel ou Lierneux pour y rester, ce type de dispositif n'en est pas moins un modèle à visée humaniste et d'une certaine façon communautaire. Aujourd'hui, certains séjours sont plus courts et préparent parfois à plus d'autonomie.

2. Public cible.

L'accueil familial s'adresse ici à des patients hospitalisés depuis au moins 6 mois à l'hôpital psychiatrique de Lierneux. Ces patients présentent soit un retard mental, des troubles psychotiques stabilisés ou une addiction avec une abstinence de plus de 6 mois.

L'objectif est d'offrir une alternative à l'hospitalisation au très long cours.

Depuis quelques années, l'AF est également vu comme une étape préparant à l'autonomie avant le placement en habitation protégée (Heyden, 2008).

La grande majorité des patients (85/100) placés en famille d'accueil passent toutefois leur journée à l'hôpital. Un bus de l'institution passe, chaque matin, dans les villages pour « ramasser » les patients et les conduire passer la journée sur le site de l'hôpital où ils prennent même leur douche. Certains y ont une activité rémunérée, d'autres occupationnelle. En fin de journée, le bus les reconduit dans leur *famille* respective. Dans ces conditions, l'acquisition d'une plus grande autonomie paraît aléatoire...

3. Statut de l'accueillant.

L'hébergement en famille d'accueil est réglé par une convention signée entre un ménage (ou un habitant qualifié « famille d'accueil ») et l'Institut Psychiatrique Provincial de Lierneux (IPPL). Cette famille accepte d'héberger dans sa maison un ou plusieurs patients (maximum deux) provenant de l'IPPL, d'en assurer la garde et de collaborer au traitement sous la supervision du service d'hébergement. (Règlement Organique de l'Hébergement en Famille d'Accueil de l'IPPL, art.3)

La famille d'accueil reçoit une indemnité forfaitaire par jour d'occupation. Cette indemnité varie selon la qualité du logement et les nécessités de soins du patient. L'indemnité minimum est de 18,43€/jour et de maximum 20,25€, soit un revenu mensuel compris entre 553€ et 607.50€ (art.19).

La famille d'accueil n'est donc pas salariée. Le patient est considéré comme étant hospitalisé à l'IPPL, qui reçoit un prix de journée (47,69€) afin d'organiser l'AF ainsi que le suivi.

4. L'accompagnement.

Le Règlement Organique de l'Hébergement en Famille d'Accueil de l'IPPL (art.18) définit également le rôle du personnel du service d'hébergement.

« L'infirmier assure la surveillance des conditions psychologiques, hygiéniques, diététiques et matérielles des patients placés et apprécie la conduite, l'aptitude, le zèle et le dévouement de la famille d'accueil à l'égard des patients. » Pour cela il rend visite régulièrement aux familles d'accueils (1X/mois), il informe les familles des modifications de traitement et assure la collaboration avec les autres soignants.

Toutefois il y a une volonté importante de l'équipe d'accueil familial de faire évoluer ce règlement et leur rôle vers un suivi plus « thérapeutique » (Heyden, 2012).

En Belgique, il existe donc des normes hospitalières pour l'accueil familial de patients psychiatriques chroniques (Ceuterick, 2009. P. 211).

2.2.L'accueil familial pour les personnes handicapées.

La pratique de l'accueil familial pour personnes handicapées est installée depuis de nombreuses années.

Au début des années 2000, une vaste réflexion a été entamée sous l'impulsion du Ministre Detienne et de l'Agence Wallonne pour l'Intégration de la Personne Handicapée (AWIPH), afin que l'accueil familial ne soit plus uniquement assimilé à un hébergement. Cette réflexion a débouché sur un arrêté du gouvernement wallon, paru le 6 décembre 2012 au Moniteur Belge. Dans cet arrêté, on parle de « service d'accompagnement en accueil de type familial ». Le terme *accueillant* y a remplacé le terme *famille* car ces derniers exercent des rôles à divers niveaux et non plus uniquement au niveau familial. Le domaine purement familial est élargi vers celui de prestataire de services.

1. Public cible.

Le service s'adresse à tout enfant, adolescent ou adulte (de moins de 65 ans) en situation de handicap reconnu par l'AWIPH et ce en vue de leur faire vivre une expérience de vie de famille.

En référence au nouvel arrêté, les objectifs du service sont le mieux être et la meilleure intégration possible du bénéficiaire chez son accueillant et dans la société (Detandt, 2013).

Toutefois le Service d'Accueil Familial Provincial de Mons, qui accompagne environ 20 bénéficiaires par an, a accompagné pour la première fois un adulte en 2011. Ce Service est essentiellement sollicité par des Services de l'Aide à la Jeunesse (SAJ) et des Services de Protection Judiciaire (SPJ). La grande majorité des bénéficiaires est accueillie à temps plein (2011, 16/19) et quelques-uns à temps partiel (3/19) (Detandt, 2011).

Ce Service accompagne donc essentiellement des enfants en situation de handicap avec une demande importante pour des jeunes présentant des troubles caractériels ou présentant une déficience mentale souvent associée à d'autres troubles.

2. Statut de l'accueillant.

Suivant l'arrêté du gouvernement Wallon paru le 6 décembre 2012 au Moniteur (Journal Officiel) Belge, une indemnité forfaitaire journalière est accordée aux accueillants pour les jours de présence des personnes dans leur logement. Cette indemnité est composée :

- ✓ d'une intervention de la personne accueillie destinée à couvrir les frais généraux de logement, d'entretien et d'alimentation (environ 20 €/jour de présence);
- ✓ d'une intervention de l'Agence destinée à couvrir les frais d'éducation, d'accompagnement et de soutien (varie entre 10 et 20 €/jour de présence suivant la catégorie de handicap reconnu).

L'accueillant reçoit donc une indemnité, il n'est pas salarié. L'accueil n'est pas professionnalisé.

3. Remarque :

Dans ce type d'AF, le délai d'attente entre la demande d'accueil et l'accord de l'AWIPH est de 2 à 3 mois.

2.3.L'accueil familial pour les aînés.

L'accueil familial des aînés est défini par le décret de la Région Wallonne du 30 avril 2009 relatif à l'hébergement des personnes âgées comme suit : *« l'hébergement au domicile d'une personne physique de maximum trois résidents (limité dans le cadre du projet pilote à un résident ou un couple de résidents) n'appartenant pas à sa famille jusqu'au quatrième degré inclus. Le résident en accueil familial y reçoit l'hébergement, l'aide dans l'organisation des soins requis et l'aide à la réalisation des activités de la vie quotidienne dans le cadre d'une vie familiale ».*

1. Public cible.

Selon le décret l'aîné est une personne âgée de 60 ans au moins.

2. Statut de l'accueillant.

L'accueillant est tenu d'accueillir et d'accompagner l'aîné, de garantir l'accès à des soins de santé adéquats, d'assurer une bonne nutrition et de veiller au plaisir alimentaire, d'assurer le bien-être, de favoriser l'animation et les loisirs (Région Wallonne, Accueil familial des aînés). L'accueil est formalisé par la signature d'une convention tripartite entre un service d'encadrement, la personne accueillie (ou le cas échéant par son représentant légal) et l'accueillant (Accueil familial des aînés, convention tripartite, 2011-2012).

L'aîné gardera un domicile autre que celui de l'accueillant afin que chacun puisse garder ses droits. L'accueillant a un statut de volontaire (loi du 3 juillet 2005 et circulaire ministérielle du 5 mars 1999). Dans la convention, le service d'encadrement s'engage à rembourser les frais effectivement engagés en rapport avec l'accueil familial sans que ce remboursement n'excède le montant maximum de 26€/jour (10€ pour la chambre et 16€ pour les repas, charges, entretien, ...).

3. Remarques.

L'accueil familial des aînés fait actuellement partie d'un projet pilote de la région Wallonne. Cet accueil se construit avec le temps, l'accueilli et la famille d'accueil se rencontrent à plusieurs reprises et s'approprient lentement avant qu'un accueil soit possible. Même si le domicile ne sera pas chez l'accueillant, il s'agit, ici, véritablement d'un lieu de vie, où la personne doit se sentir chez elle.

2.4.L'accueil familial pour les jeunes

Nous ne développerons pas l'accueil familial pour les jeunes car il est régi par une législation spécifique et particulière aux enfants et adolescents qui ne peut être transposée à notre population d'adultes ayant une pathologie psychiatrique.

3. Synthèse des résultats

Nous pouvons observer dans le tableau récapitulatif suivant que seul l'AF proposé à Lille Est correspond à l'ensemble des objectifs visés.

L'AF proposé par l'institut provincial de Lierneux, bien que s'adressant à une population psychiatrique, n'a pas pour objectif premier d'être thérapeutique, il n'est pas de court terme et fait généralement suite à une hospitalisation et une période de stabilisation d'environ 6 mois. Il présente toutefois l'intérêt d'être lié à un index hospitalier (TF) (Moniteur Belge, 30-04-1991).

L'AF développé par l'AWIPH ne rencontre pas les objectifs de cette recherche. Notons également qu'il s'adresse uniquement à des personnes ayant une reconnaissance de handicap, ce qui n'est pas souvent le cas pour les personnes nécessitant une hospitalisation en psychiatrie surtout quand le patient n'est pas déjà chronifié.

L'AF développé dans le cadre d'un projet pilote pour les aînés ne correspond pas non plus aux objectifs de la recherche.

Nous avons également pu remarquer que le fait d'être ou non domicilié chez l'accueillant à une incidence importante sur la manière de concevoir l'accueil. Dans le type d'AF que nous souhaitons développer, il est impératif que la personne accueillie ait un domicile, l'accueil étant de court terme. L'accueil proposé ne doit pas devenir une solution à un problème d'hébergement.

Le statut de l'accueillant est également central. S'agit-il de *volontariat* ? Dans ce cas, l'accueil n'est pas professionnalisé. Si l'accueillant signe un *contrat de travail* avec une institution, il a alors un statut de *salaire*, il y a *professionnalisation* de l'accueil

Dans chaque AF analysé, une convention est signée entre l'institution qui organise l'accueil et l'accueillant. Un contrat d'accueil est également signé entre l'institution organisatrice, l'accueillant et l'accueilli (dans le cadre de l'AFT proposé à Lille Est, le psychiatre est également signataire de cette convention). Un projet pédagogique, de vie ou thérapeutique est aussi établi.

Enfin, suivant l'AF proposé, le type d'accompagnement diffère. Pour des accueils au long cours, ayant pour objectif d'offrir un lieu de vie, d'accompagnement et d'épanouissement, des visites trop fréquentes sont perçues comme envahissantes, sans reconnaissance du rôle de la famille accueillante. Une fréquence mensuelle semble alors convenir, avec toujours la

possibilité d'accentuer ces rencontres en cas de besoin ou de les espacer en ayant des contacts téléphoniques ou par courriers.

Par contre dans un AFT de court terme, un suivi beaucoup plus intensif est alors indispensable tant pour la famille que pour l'accueilli. La famille participe au projet thérapeutique, soutenue par l'équipe pluridisciplinaire. La fréquence peut alors être journalière avec une possibilité de contact 24h/24. Une fiche de suivi hebdomadaire est établie et signée par chacune des parties (psychiatre, référent de soin, accueillant et accueilli).

Tableau récapitulatif

	Lille	Lierneux	AWIPH	Aînés	Hôpital psych
Objectifs					
Accueil familial	•Oui	•Oui	•Oui	•Oui	•Non
Visée thérapeutique	•Oui	•Parfois	•Non	•Non	•Oui
Court terme	•Oui, réévalué chaque semaine	•Non	•Non	•Non	•Parfois
Alternative à l'hospitalisation psychiatrique ³	•Oui	•Non	•Non	•Non	•Non
Suite à une hospitalisation en psychiatrie	•Parfois	•Oui, quand la personne est stabilisée	•Non	•Non	•Non
	•	•	•	•	•
	•				

³ Nous entendons par *Alternative à l'hospitalisation* : qui permet d'éviter d'hospitaliser

	Lille	Lierneux	A WIPH	Aînés	Hôpital psy
<i>A un niveau pratique</i>					
Coût pour l'utilisateur	•Idem hospi à l'EPSM +/- 12,60€/j	•Idem hospi à l'IPPL	•Si enfant, L'intégralité des allocations fam si non, +/-20€/jour	•26€/j	• +/-12€/jour
Coût social	•+/-50,40€/j	•l'hôpital reçoit un prix de journée de 47.69€/j + le défraiement de la famille	•10 à 20€/jour suivant le type de handicap	• ??	•+/- 300€/j
Revenus de l'accueillant	•1800€/mois	•Entre 550 et 600€/mois	•Entre 900 et 1200€/mois suivant type de handicap	•780€/mois	• /
Statut de l'accueillant	•Salarié à l'EPSM	•Volontariat	•volontariat	•Volontariat	• /
L'accueillant signe une convention Avec ?	•l'EPSM	•L'IPPL	•Service d'Accueil Familial Provincial	•Le service d'encadrement	• /
L'accueilli signe un contrat d'accueil avec ?	•L'accueillant, le psychiatre et l'EPSM	•non	•avec le Service d'Accueil Familial Provincial et l'accueillant	•Le service d'encadrement, l'accueillant	• /

	Lille	Lierneux	AWIPH	Aînés	Hôpital psy
Encadrement de l'accueil	•Service d'AFT (psychiatre, psychologue, infirmiers, éducateurs, ...)	•Service d'hébergement de l'IPPL (psychiatre, AS, psychologue, infirmier)	•Service d'Accueil Familial Provincial (psychologue, AS)	•Le service d'encadrement	• /
Fréquence des visites	•Plusieurs fois par semaine Aussi svt que nécessaire	• 1x/mois	• 1x/mois + à la demande par fois – avec le tps+ tel, mail, ...	• 1x/mois + à la demande	• /
Domiciliation	•L'accueilli reste un tiers même pendant la période d'accueil	•Souvent à l'hôpital	•Le domicile est fixé chez l'accueillant	•???	•parfois
	•	•	•	•	•

Troisième partie

1. Discussion

1.1.Limites de l'étude

1.1.1. Phase exploratoire

Nous avons essayé de nous limiter à l'objectif de départ qui était *d'examiner les possibilités de développer un AFT de court terme en Belgique en partant des bases existantes*. Par bases existantes nous entendons les types d'accueil familial existant actuellement en Belgique, et le type d'AFT pratiqué en France, à Lille en particulier.

Il s'agit d'une phase exploratoire étudiant quelques conditions de faisabilité d'un processus plus long et complexe, qui doit concerner les autorités agréant et finançant les dispositifs de santé mentale. En Belgique il s'agit des autorités fédérales, mais aussi régionales et communautaires, qui se partagent de manière complexe les compétences en matière d'organisation et de financement des dispositifs de santé mentale.

Si l'on s'en tient aux hôpitaux et aux différents services qu'ils proposent, dans l'état actuel, mais toujours évolutif, de ce qu'on appelle le processus de régionalisation, ils sont normés et financés par le pouvoir fédéral (même si -bizarrement- la vérification du respect des normes établies par le pouvoir fédéral est de la compétence des régions ...).

L'accueil familial en psychiatrie étant jusqu'ici du ressort des hôpitaux psychiatriques, la création d'un AFT de court terme serait donc en principe du ressort du pouvoir fédéral pour la définition de ses normes d'agrément et pour son financement, et du ressort des Régions pour l'inspection et le contrôle.

1.1.2. Etude qualitative

Notre méthode de recherche étant qualitative, nous avons interrogé un nombre limité de personnes « ...la question de la représentativité au sens statistique du terme ne se pose donc pas. ... Les individus ne sont pas choisis en fonction de l'importance numérique de la catégorie qu'ils représentent mais plutôt en raison de leur caractère exemplaire » (Albarelo, 1995, p.72).

Nous avons fait appel à l'outil des entretiens semi-directifs. Cette approche qualitative nous a permis de personnaliser les entretiens en fonction des personnes que nous avons rencontrées. Cela nous a également permis d'approfondir et de vérifier les données théoriques que nous avons rassemblées, d'explorer l'existant dans le domaine de l'accueil familial et les perspectives que chacun peut y voir.

Albarelo met en évidence un biais de cette méthode « par la mise en présence de deux sujets avec leur subjectivité, on ne peut certifier que les informations obtenues seraient identiques dans une autre situation d'interaction. On ne peut assurer non plus une parfaite comparabilité des données du fait que le dispositif du questionnement ne peut être rigoureusement identique » (Albarelo, 1995, p. 59).

Nous ne pouvons donc garantir la totale objectivité des propos recueillis, néanmoins notre démarche s'est voulue la plus objective possible.

1.1.3. Contre arguments

Nous considérons d'une certaine façon pour acquis les bénéfices d'une telle alternative pour les usagers. Or tous les professionnels de la psychiatrie n'en sont pas nécessairement déjà convaincus.

Certains, de moins en moins nombreux il est vrai, considèrent que les conditions de suivi thérapeutique sont de toute façon mieux assurées et organisées à l'hôpital, dont ils pensent que les avantages compensent largement les inconvénients.

Le principe de subsidiarité n'est pas encore intégré chez tous les intervenants, ni l'idée que le coût d'un dispositif ne garantit pas nécessairement sa qualité et surtout sa pertinence dans toutes les situations. Le fait que l'AFT coûte moins cher que l'hospitalisation peut faire naître la crainte que les motivations économiques l'emportent sur les motivations thérapeutiques.

Il est effectivement essentiel que les possibilités d'accueil, hospitalier, familial ou autre, ne s'excluent pas mutuellement mais se complètent et se combinent les unes avec les autres.

D'autres, convaincus que des alternatives à l'hospitalisation sont utiles, pensent qu'il est difficile d'un point de vue pratique et délicat d'un point de vue éthique de confier à des non professionnels du soin, même bien encadrés par une équipe psychiatrique, l'accueil de patients psychiatriques aigus.

Il faut donc démontrer l'intérêt pour les patients, pour les accueillants, et pour les soignants, d'un AFT de court terme, par une information et si possible par une expérimentation.

En attendant, on peut inviter les sceptiques à aller voir ce qui se pratique déjà ailleurs, en France notamment, en matière d'AFT de court terme.

1.1.4. Transposabilité des modèles

Un modèle étranger, français et lillois en particulier, est-il transposable en Belgique ?

Il n'y a pas, nous semble-t-il, de raison insurmontable pour que le modèle de l'AFT de court terme français ne soit pas transposable, mutatis mutandis, en Belgique.

D'un point de vue strictement économique, la nécessité de mieux maîtriser les coûts des dispositifs de soins est la même en France et en Belgique, et au-delà en Europe. Les solutions moins coûteuses que l'hospitalisation sont donc bienvenues des deux côtés de la frontière.

De plus, indépendamment des impératifs économiques et bien avant la crise de la dette publique, du fait de l'évolution de la psychiatrie et de son organisation, le nombre de lits hospitaliers psychiatriques a été fortement réduit dans tous les pays, et des dispositifs alternatifs ont été mis en place. Toutefois selon le rapport de l'Inera Institute (2013), « les alternatives au traitement résidentiel sont trop peu nombreuses et trop similaires ...L'organisation des soins de santé mentale belge est encore hospitalo-centrique ». Ce même rapport relève que « les séjours résidentiels actuels de longue durée auraient même une influence négative sur les chances de réinsertion dans la société. » (p.7)

D'un point de vue technique, enfin, le mode de financement des hôpitaux psychiatriques en Belgique (prix de journée forfaitaire payé au lit occupé) a constitué et constitue toujours un sérieux obstacle au développement, à partir des hôpitaux, de solutions alternatives. En effet, le système actuel de financement des hôpitaux psychiatriques ne favorise pas une stratégie de

reconversion radicale des lits hospitaliers. Le principe du financement basé sur l'activité justifiée, applicable aux hôpitaux généraux, n'a pas été étendu aux hôpitaux psychiatriques. Les hôpitaux sont par conséquent toujours incités, financièrement, à garder le plus longtemps possible, le plus de patients possibles dans un *lit* et il en est de même pour les honoraires de surveillance des psychiatres. De plus, le système de financement actuel pose également un problème d'équité pour les patients qui séjournent dans les structures alternatives, où malgré un financement supplémentaire octroyé par le pouvoir fédéral pour corriger cette différence et encourager l'accès aux nouvelles structures de soins de santé mentale, la participation directe des patients est plus importante. (Rapport SPF, 2011).

En Belgique, les soins de santé mentale représentent 6,1% de l'ensemble des ressources allouées aux soins de santé (ce qui représente relativement peu de moyens par rapport à des pays voisins qui y consacrent plus de 10%). Il est également affolant d'observer que les ressources supplémentaires sont toujours absorbées par les hôpitaux : le budget des hôpitaux a augmenté de 48% entre 2003 et 2011. (Rapport Itinera Institute, 2013, p.9)

1.2.Perspectives futures

1.2.1. Contexte général favorable

Le contexte de la réforme de la santé mentale belge, basée sur la mise en œuvre de l'article 107 de la loi relative aux hôpitaux, semble être une opportunité pour diversifier l'offre de soins actuelle (SPF, 2011, Guide vers des meilleurs soins en santé mentale).

Au premier janvier 2010, la Belgique comptait pour 10,5 millions d'habitants 15.566 lits psychiatriques (4.790 lits A en hôpital psychiatrique, 2.434 lits A en hôpital général, 5.557 lits T en hôpital psychiatrique et 90 lits T en hôpital général) (cf annexe 2). Les lits A et T ne répondent plus aux besoins des patients (exclusion sociale, stigmatisation, chronification, ...) et pèsent lourdement sur les finances publiques ce qui conduit les politiques à une volonté de réforme (progressive) du système de financement des hôpitaux (financement au lit occupé) afin de mieux répondre à ces nouveaux besoins et d'alléger la dette.

Les autorités ont entrepris ce qu'elles appellent une « évolution douce » (Rapport SPF, 2011) du mode de financement. Historiquement cependant, le fait qu'un hôpital psychiatrique confie des patients à des familles d'accueil est reconnu, pratiqué, et encadré depuis longtemps en Belgique. Il existe un index hospitalier (TF) qui fixe les normes de ce type d'accueil. Il suffirait donc là aussi d'une « évolution douce » de ce type d'index pour l'adapter à un accueil réellement thérapeutique et de plus courte durée destiné à des patients plus aigus.

1.2.2. Souhait des acteurs et des politiques

Il ressort, effectivement, de nos diverses rencontres un souhait tant des praticiens, des directions hospitalières que des représentants politiques de faire évoluer l'index hospitalier TF.

Certains souhaiteraient une évolution vers un mode d'hébergement alternatif au long cours (fonction 5 de la réforme de la santé mentale) à côté des maisons de soins psychiatriques et des initiatives d'habitations protégées. Une manière de réduire la durée d'hospitalisation pour des patients ne présentant plus une symptomatologie florissante mais étant (temporairement ??) dans l'incapacité de vivre seul. Mais ne

sortirait-on pas alors du cadre hospitalier ? Dans ce cas la compétence passerait probablement du fédéral aux régions. La région Wallonne étant à l'origine du projet pilote de l'accueil familial pour les aînés, la porte semble ouverte.

D'autres, sensibles à notre sujet de recherche, souhaiteraient reconvertir quelques lits hospitaliers en lits d'accueil familial thérapeutique de court terme d'un nouvel index AF (aigu familial) (On ne sortirait pas alors d'un cadre hospitalier : fonction 4 de la réforme de la santé mentale).

Les phases ultérieures consisteraient à concevoir un projet pilote, peut être en partenariat avec certains dispositifs existants qui souhaitent faire évoluer leur pratique dans le sens de la réforme.

1.2.3. Réseau de santé mentale HO

Le réseau de santé mentale du Hainaut Occidental a défini l'accueil familial thérapeutique de court terme alternatif à l'hospitalisation comme un de ses objectifs (plan stratégique 2011-2013). Le promoteur du réseau, le *Centre Régional Psychiatrique les Marronniers*, acteur essentiel dans le développement d'un projet de ce type puisqu'il s'agit de lits hospitaliers, soutient cet objectif.

D'autre part, le docteur Virginie Jeanmart, psychiatre responsable de l'équipe mobile de soins intensifs, serait prête à accompagner la mise en œuvre d'un projet pilote d'AFT avec son équipe, après formation.

Conclusions

Nous avons noté le nombre excessif de lits psychiatriques en Belgique par rapport aux autres pays européens. Nous avons constaté que les autorités sont bien conscientes de ce problème et qu'elles procèdent depuis une vingtaine d'années à une réforme -lente mais progressive- de l'organisation des soins de santé mentale visant, notamment, à réduire le nombre de lits hospitaliers psychiatriques.

Si l'on veut diminuer le nombre de lits psychiatriques, la création de solutions alternatives à l'hospitalisation est impérative.

C'est dans cette perspective que nous nous sommes intéressés à l'accueil familial, en particulier thérapeutique et de court terme.

Nous avons décrit l'AFT de court terme tel qu'il est pratiqué à Lille Est. Nous avons noté ses difficultés et ses limites, mais nous avons souligné la cohérence de ce dispositif avec les principes de la santé mentale communautaire, et avec les objectifs de la réforme des soins de santé mentale en Belgique, qui s'inspire de ces principes.

Nous avons ensuite décrit les différents dispositifs d'accueil familial existant actuellement en Belgique, et nous avons analysé leur compatibilité avec ces principes.

Nous avons montré que l'accueil familial de patients psychiatriques pratiqué en Belgique avait une vocation thérapeutique, mais que la durée très longue des séjours le réservait dans le meilleur des cas à des patients très dépendants, et entretenait cette dépendance dans le pire des cas. En outre, pour des raisons historiques, l'accueil familial psychiatrique actuel en région wallonne n'est pratiqué qu'en milieu rural. Les usagers urbains ne peuvent donc en bénéficier qu'au prix d'un « exil » à la campagne pas toujours souhaité...

Pour mieux rencontrer les besoins de tous les usagers, il serait donc utile de développer un accueil familial thérapeutique de court terme, aussi en milieu urbain, en conservant certains éléments de l'AFT actuel (organisation et suivi par une équipe psychiatrique mobile) et en adaptant d'autres éléments (professionnalisation des accueillants, durée de séjour limitée). Par la même occasion, les problèmes rencontrés par l'AFT de long terme actuel pourraient être en partie solutionnés (difficulté à trouver des accueillants, séjours trop longs, absence de perspectives d'évolution, confinement dans des zones rurales, limitation à un seul hôpital en Wallonie et un seul hôpital en Flandres)

Un appel pourrait être lancé à un ou plusieurs projets pilotes, chargés d'expérimenter ce nouveau type d'accueil familial.

Dans le cadre d'un tel projet pilote à caractère expérimental, il serait certainement utile d'approfondir d'une part la question des bénéfices retirés par les usagers d'une solution d'accueil familial alternative à l'hospitalisation, et d'étudier d'autre part les effets de l'AFT sur les accueillants. Il faudra interroger des usagers, des soignants, et des accueillants concernés. L'entretien semi-directif est une méthode que nous avons utilisée pour analyser les effets thérapeutiques d'un dispositif particulier de santé mentale, un « bistro thérapeutique » en l'occurrence (Dujardin, 2011-2012). Ce genre d'étude ne suffit peut être pas à convaincre les adversaires d'une santé mentale communautaire, mais il apporte en tous cas des arguments et de la matière à réflexion.

Les contacts que nous avons noués à l'occasion de la présente étude nous ont permis de constater que divers acteurs, cliniciens, gestionnaires, administratifs, et politiques étaient intéressés par l'AFT en tant qu'alternative à l'hospitalisation, et que l'idée d'adapter l'AFT actuel aux besoins nouveaux des usagers et à l'évolution des soins de santé mentale faisait son chemin.

Dans le réseau santé mentale du Hainaut Occidental en tous cas, et dans les équipes mobiles en particulier, il existe un désir d'expérimenter l'AFT de court terme pour mieux répondre aux besoins de certains patients. Il sera donc répondu à tout appel à projets dans ce domaine.

Nous espérons avoir modestement contribué par cette étude à éclairer le dossier et si possible à le faire avancer.

Bibliographie

Accueil familial des Aînés (2011-2012): *Convention tripartite*, Projet pilote.

Accueil familial des aînés, *Guide à l'usage des familles d'accueil*.

Albarello & al. (1995). *Pratiques et méthode de recherche en sciences sociales*. Paris : Armand Colin.

Auger, A., (2003). Succès et faiblesse de l'accueil familial thérapeutique. *Soins Psychiatrique*, 225.

Barbier, R. (1996). *La recherche-action*. *Economica*, 32-33.

Bonnel, H., (2012). *A.F.T.A.H., 11ans, bilan, perspectives*. Présentation power point, Conseil de pôle.

Cébula, JC.(1999). *L'accueil familial des adultes*. Paris : Dunod.

Ceuterick, G., Duvillier, G., (2009). *La loi coordonnée sur les hôpitaux et les autres établissements de soins*. Heule : UGN.

Colignon, A.(2009). *De la colonie Wallonne d'aliénés au Centre Hospitalier Spécialisé « L'Accueil » de Lierneux 1884-2009*. Liège : Etablissement hospitalier.

Daumerie, N., (2010). « Empowerment » des usagers des services de santé mentale : le programme de partenariat de la commission européenne et de l'organisation mondiale de la santé. *Pluriels*, 85-86, 10-11.

Daumerie, N., (2011). L'empowerment en santé mentale : recommandations, définitions, indicateurs et exemples de bonnes pratiques. *La Santé de l'Homme*, 413, 8-11.

Décret de la Région Wallonne du 30 avril 2009 relatif à l'hébergement et à l'accueil des personnes âgées.

Detandt, P., (2011). *Rapport d'activité*. Service d'accueil familial provincial.

Detandt, P., (2013). *Projet médico-socio-pédagogique*. Service d'accueil familial provincial.

Dujardin, F. (2011-2012). *Un bistrot thérapeutique dans la ville. Club thérapeutique ? Espace transitionnel ? Ou groupe thérapeutique ?* Mémoire de master en sciences de la famille et de la sexualité. Université catholique de Louvain-La-Neuve.

EPSM Lille-Métropole, Accueil Familial Thérapeutique : *Contrat d'accueil*.

EPSM Lille-Métropole, Accueil Familial Thérapeutique(2011) : *Règlement intérieur*.

Gentis, R.(1977). *Les murs de l'asile*. Paris : Maespero.

Giordana, J.Y. (2013). *Stigmatisation. L'étude internationale INDIGO*. Présentation power-point, DIU Marseille.

Haelewynck, M.C; De Schepper,M (2012) : de l'exclusion à l'inclusion sociale dans le champ du handicap mental; *Handicap-Info*.27(3)-5-20

Helfter, C., (2013). Accueil familial thérapeutique : une autre façon de prendre soin. *Actualités sociales hebdomadaires*, 2795, 30-33.

Heyden, I., (2008). *Projet de soins « Ecdoval », placement familial*. Présentation power points, Lierneux.

Heyden, I., (2012). *Le service du placement familial : D'hier, d'aujourd'hui et de demain*. Non publié, Lierneux.

Leduc, A., (1987). Histoire du traitement familial à Geel. *Santé mentale au Québec*, vol.12, n°1,156-161.

Moens, I., Karler, K. (2010). *La réforme des soins de santé mentale en Belgique*. Présentation power point.

Moniteur Belge-06.12.2011-Région Wallonne- Service public de Wallonie. 17 novembre 2011- *Arrêté du gouvernement Wallon relatif aux conditions d'agrément et de subventionnement des services d'accompagnement en accueil de type familial pour personnes handicapées*.

Moniteur Belge-30.04.1991-Ministère de la santé publique et de l'environnement. 10 avril 1991- *Arrêté royal relatif aux soins psychiatriques en milieu familial*.

Moniteur Belge-31.12.1991-Ministère de la santé publique et de l'environnement. 21 novembre 1991- *Arrêté ministériel relatif aux prix de journée des hôpitaux.*

OMS Europe (2008) *Policies and practices for Mental health in Europe- meeting the challenges*

Pourtois, JP. (2004). *L'éducation postmoderne.* Presse universitaire de France, p.287.

Province du Hainaut, Direction Générale des Affaires Sociales, Service d'Accueil Familial Provincial : *Règlement d'ordre intérieur.*

Règlement Organique de l'Hébergement en Famille d'Accueil de l'Institut Psychiatrique Provincial de Lierneux.

Saïas, T.(2011). *Introduction à la psychologie communautaire.* Paris : Dunod.

Saïas, T., (2007). L'identité du psychologue : de la confusion des genres à l'intégration des modèles. L'apport du paradigme communautaire. *Bulletin de psychologie, 60HS, 149-155.*

Service d'accueil familial provincial, *Règlement d'ordre intérieur.*

Service Public Fédéral-Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, (2011). *Guide : vers de meilleurs soins en santé mentale, par la réalisation de circuits et de réseaux de soins. Région Wallone.*

http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Interministerialconferences/Protocols/guide/?fodnlang=fr#.Uho6fe_y2z8.

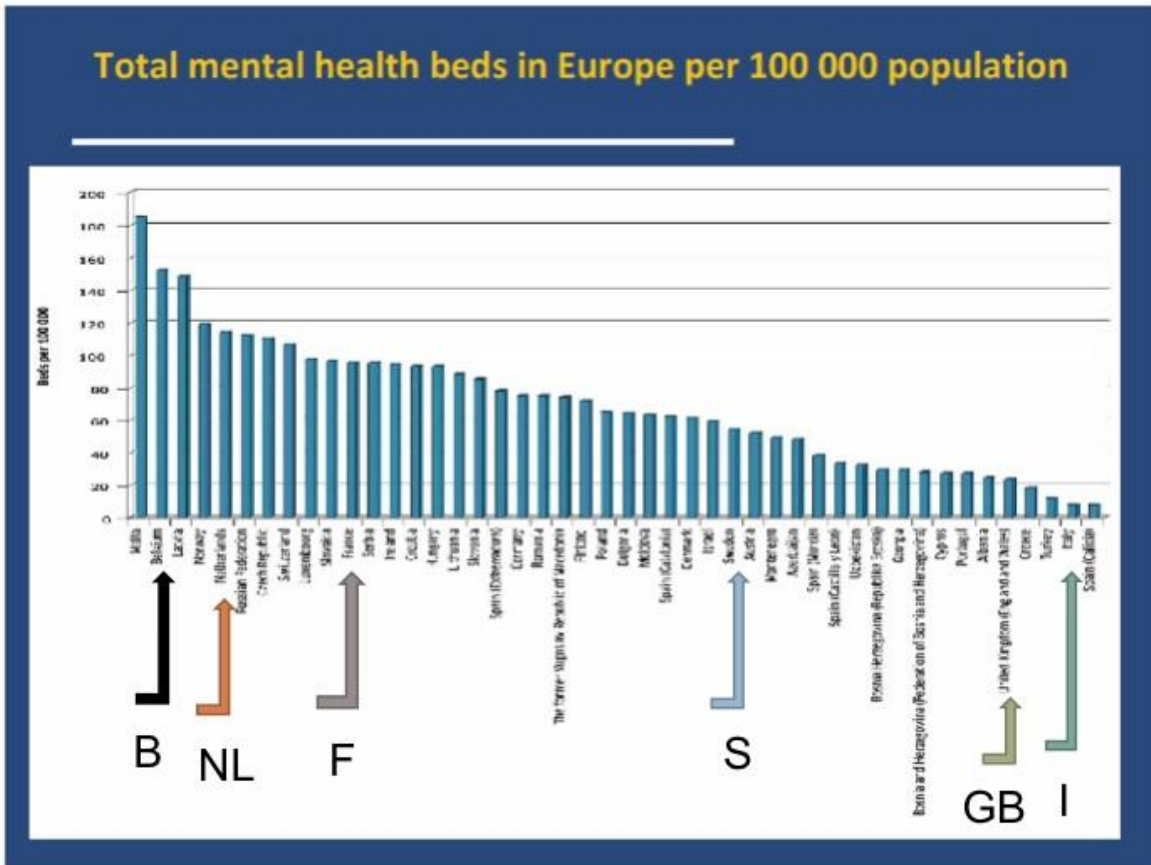
Service Public Fédéral-Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. Direction générale de l'organisation des établissements de soins- Service comptabilité et gestion des hôpitaux. Rapport novembre 2011 : *Organisation et financement des soins de santé mentale en Belgique.*

Vercoustre, V. (2009). *Faut-il supprimer les hôpitaux ? L'hôpital au feu de Michel Foucault.* Paris : l'Harmattan.

Wallerstein N. Quelles sont les preuves de l'efficacité de l'« empowerment » dans l'amélioration de la santé ? *Health Evidence report.* OMS, 2006.

WHO. *Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference*. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2005 : 182 p. En ligne : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98918/E88538.pdf

Annexes



OMS Europe (2008) *Policies and practices for Mental health in Europe*- meeting the challenges

Aperçu de la situation des lits (au 01/01/2010)

	Belgique	Flandre	Wallonie	Bruxelles
Lits A en Hôpital psychiatrique	4790	2914	1428	448
-Complets A	796	509	186	101
-Partiels A1	192	132	15	45
-Partiels A2				
Lits A en Hôpital général	2434	1300	854	280
-Complets A	261	130	91	40
-Partiels A1	2	2	/	/
-Partiels A2				
Lits T en Hôpital psychiatrique	5557	3371	1891	295
-Complets T	1158	1019	109	30
-Partiels T1	286	244	32	10
-Partiels T2				
Lits T en Hôpital général	90	/	90	/
-Complets T				
Places IHP	3899	2654	774	471
Places MSP	3286	2230	799	257
TOTAL	22751	14505	6269	1977
Proportion	100 %	63,75 %	27,55 %	8,70 %

Moens, I., Karler, K. (2010). *La réforme des soins de santé mentale en Belgique*. Présentation power point.

Actuellement en Belgique, le nombre de lits psychiatriques/habitant est le plus élevé d'Europe après Malte. La diminution du nombre de lits psychiatriques à laquelle la réforme des soins de santé mentale s'est attelée ne pourra s'accomplir de manière respectueuse des besoins des usagers qu'en développant des solutions alternatives à l'hospitalisation. L'Accueil Familial Thérapeutique représente une de ces alternatives.

Cette étude espère contribuer à convaincre les décideurs administratifs, les politiques, ainsi que les cliniciens locaux, de permettre, au moins à titre expérimental, le développement d'un *Accueil Familial Thérapeutique de court terme (maximum un mois), alternatif à l'hospitalisation en psychiatrie*, à titre de projet pilote et dans le cadre de la réforme des soins de santé mentale, dans la région du Hainaut Occidental.

Dans une première partie, après avoir situé cette étude dans son contexte, celui de l'évolution récente de la psychiatrie et de ses dispositifs, nous tentons de définir les caractéristiques principales des dispositifs de psychiatrie communautaire et de l'AFT de court terme.

Dans une seconde partie, nous décrivons et analysons le fonctionnement de dispositifs existants, à Lille et en Belgique. Nous nous appuyons sur une recherche-action développée sur ce sujet, basée sur l'analyse des rencontres faites avec des usagers, des praticiens, des directions hospitalières et des décideurs politiques concernés par différents types d'AF.

Dans une troisième partie, nous discutons des limites de l'étude, et des perspectives futures d'un tel projet, avant de conclure.

Mots-clés :

Accueil Familial, psychiatrie, Alternative à l'hospitalisation, réforme Belgique, santé mentale