



Observatoire français des drogues et des toxicomanies

Évaluation du dispositif « familles d'accueil pour toxicomanes »

**Anne DUBURCQ
Jacques SORIA
Marie AHOUANTO
Marc PECHEVIS**

Juillet 2001

RAPPORT FINAL ÉVALUATION DU DISPOSITIF « FAMILLES D'ACCUEIL POUR TOXICOMANES »

Responsables de l'étude :

Anne DUBURCQ (CEMKA-EVAL)

Jacques SORIA (GSP Conseil)

Marie AHOUANTO (GSP Conseil)

Marc PECHEVIS (CEMKA-EVAL)

Juillet 2001

PRÉSENTATION DE LA PUBLICATION

Cet ouvrage résulte des travaux conduits, de février 2000 à mars 2001, pour évaluer à l'échelle nationale les « Réseaux de familles d'accueil pour toxicomanes ». Ces travaux dans leur organisation et leur articulation ont constitué, en plusieurs points, une expérience pilote pour les différentes parties réunies.

Tout d'abord, bien que les dispositifs aient, pour les plus anciens, quelques 25 ans d'expérience, ils n'avaient jamais fait l'objet d'une évaluation nationale. D'autre part, l'origine même de cette évaluation, c'est-à-dire le fait que la demande ait émané des acteurs de terrain et ait été actée par les institutions centrales est remarquable car il s'agit là d'un canal peu ordinaire d'opportunité et d'initiative d'évaluation. Un tel contexte dictait fortement le mode participatif original qui a été adopté pour la suite du processus, associant les réseaux dès le début de la démarche d'évaluation et à des étapes-clés lors de différentes instances : groupe de travail pour l'élaboration du cahier des charges de l'évaluation, réunion introductive d'information, comité de pilotage, séminaire final avec ateliers de réflexion. Enfin, le fil conducteur de cette étude a été de regrouper la vision tant des personnes qui portent le système, c'est-à-dire les professionnels mais aussi les familles, que des accueillis jusqu'ici écartés des procédures évaluatives.

Pour retranscrire au mieux la démarche multipartenariale entreprise et le fruit des réflexions qui ont été conduites à différents temps forts du processus, l'OFDT, financeur et responsable scientifique de la démarche globale d'évaluation, a voulu regrouper dans cette publication trois livrets complémentaires : la note de synthèse du comité de pilotage, le rapport d'évaluation et les actes du séminaire final.

Livret 1 : la note de synthèse du comité de pilotage.

Elle expose le point de vue des représentants institutionnels et professionnels sur les résultats de l'étude d'évaluation présentée par le consortium CEMKA-EVAL et GSP Conseil. L'opinion de ces personnes qui ont suivi le processus dans sa globalité offre un autre éclairage sur les enseignements à tirer de la démarche évaluative.

Livret 2 : le rapport d'évaluation rédigé par CEMKA EVAL et GSP Conseil.

On y distingue trois grandes parties :

- les résultats issus d'une enquête quasi exhaustive par questionnaire offrant un bilan sur les principaux critères d'activité des réseaux, d'une enquête d'approfondissement menée auprès de 4 réseaux sur les pratiques et perceptions des CSST de rattachement, de familles d'accueil et d'accueillis et enfin ceux d'une analyse économique concernant 3 de ces 4 réseaux disposant d'éléments de comptabilité spécifiques à l'accueil en famille ;
- les réponses aux questions d'évaluation du cahier des charges et les conclusions de l'étude ;
- des annexes complètes reprenant notamment le tri à plat des données de l'enquête par questionnaire et l'ensemble des entretiens réalisés.

Livret 3 : les actes du séminaire final.

Il fournit une synthèse des réponses apportées par des représentants des CSST de rattachement et des familles à des questions, ayant émergé de l'étude évaluative, sur les statuts et des évolutions potentielles des dispositifs. Ce livret reprend donc les rapports rédigés par les réseaux sur les deux ateliers conduits à cette occasion sur les thèmes : « *Statut des familles d'accueil, contrat d'accueil et suivi des familles* » et « *Contrat d'accueil, services et suivi pour les personnes accueillies* ».

La lecture de ces trois livrets offre la vision la plus complète possible de cette expérience d'évaluation.

SOMMAIRE

Présentation de la publication	3
LIVRET 1 NOTE DE SYNTHÈSE DU COMITÉ DE PILOTAGE SUR LE RAPPORT D'ÉVALUATION	7
La demande d'évaluation	10
Satisfaction de la demande	11
Repères méthodologiques pour la lecture du rapport	11
Les enseignements que l'on retient de l'étude	12
LIVRET 2 RAPPORT D'ÉVALUATION	17
Préambule.....	19
Présentation du rapport	20
Méthodologie.....	20
Résultats	21
Réponses aux objectifs de l'Évaluation	42
Conclusions - Propositions.....	49
LIVRET 3 ACTES DU SÉMINAIRE « RÉFLEXION SUR LES MODALITÉS A RETENIR COMME LIGNES DIRECTRICES POUR UN EXERCICE OPTIMAL DES RÉSEAUX, A LA LUMIÈRE DE LA PRÉSENTE ETUDE D'ÉVALUATION » DU 19/03/01.	53
Les thèmes des ateliers.....	56
Compte-rendu sur l'atelier « Statut des familles d'accueil, contrat d'accueil et suivi des familles »...57	
Compte-rendu sur l'atelier « Contrat d'accueil, services et suivi pour les personnes accueillies »	60
ANNEXES	63

LIVRET 1

Note de synthèse

du comité de pilotage

sur le rapport d'évaluation

Le comité de pilotage :

DGS (SD6B) :

Hélène MORFINI

MILDT :

Marie-Pierre HOURCADE et

Françoise MOYEN ;

Commission « Famille d'accueil » de l'ANIT, CSST Clémence Isaure :

Martine LACOSTE ;

ANIT, CSST Trait d'Union :

François HOMMERVILLE ;

OFTD (EPP) :

Carine MUTATAYI.

Cette note de synthèse résume le regard rétrospectif des membres de son comité de pilotage sur les résultats d'évaluation présentés dans le livret 2 par le consortium CEMKA-EVAL et GSP Conseil.

La note transcrit les principaux enseignements mis en avant par les différents représentants du comité de pilotage, les convergences et les positionnements respectifs de ces personnes réunies dans un travail multipartenarial, de l'élaboration du cahier des charges à l'organisation d'un séminaire final. Dans la partie « Les enseignements que l'on retient de l'étude » de cette synthèse, des figures et calculs nouveaux sont présentés car ils semblaient être utiles à la compréhension de la situation. Elle expose le questionnement qui s'impose à la lecture du rapport. La note n'a pas pour objet d'exposer les avis de ces personnes quant aux recommandations de l'équipe d'évaluation.

LA DEMANDE D'ÉVALUATION

Les conclusions des colloques organisés par les réseaux de familles d'accueil pour toxicomanes (FAT) en 1995 et 1998, de même que les études réalisées localement, ont suscité nombre d'interrogations au sein des différentes parties concernées, (professionnelles ou accueillantes) sur l'identité du dispositif et son évolution. Après avoir été saisi par la commission « Familles d'accueil », le bureau SD6B des pratiques addictives de la DGS (anciennement SP3), conjointement à la MILDT, ont mandaté l'OFDT pour lancer la première évaluation nationale du dispositif.

L'appel à projet, lancé en décembre 1999, fut élaboré par un groupe de réflexion réunissant également la DGS, la MILDT, l'ANIT (notamment sa commission « Familles d'accueil ») et l'OFDT. 22 équipes de recherche en ont été destinataires.

La demande d'évaluation s'est donc définie de façon multipartenariale et les institutions commanditaires ont voulu poursuivre le processus sur le même mode participatif. Cette volonté s'est concrétisée par la transformation du groupe réflexion plurilatéral en comité de pilotage de l'évaluation. Elle a donné lieu aussi à la rencontre, le 29/02/00, des CSST de rattachement des réseaux FAT¹, des commanditaires et des évaluateurs sélectionnés par l'OFDT selon ses procédures internes : les sociétés CEMKA-EVAL et GSP Conseil.

Cette réunion d'introduction a permis d'arrêter de façon concertée certains points pratiques et méthodologiques : par exemple, les critères sur lesquels devait se jouer la sélection de quatre réseaux pour une étude d'approfondissement. Pour les professionnels présents, elle a été aussi l'occasion de rappeler la difficulté d'étudier un dispositif d'une telle spécificité et révélant une grande diversité dans ses expressions.

Le séminaire prévu pour approfondir les axes de réflexion fourni par ce rapport d'évaluation vient lui aussi dans la ligne directe d'une démarche participative et endoformatrice.

Les questions d'évaluation

La ligne directrice méthodologique de cette évaluation était la transversalité des approches, laquelle impliquait a minima l'interrogation des différents acteurs concernés par le dispositif, en tant qu'opérants ou bénéficiaires. La consultation des publics pris en charge était tout à fait novatrice dans le secteur sanitaire et social. Il s'agissait en effet d'apprécier la pertinence pour les toxicomanes des réponses spécifiques qu'apportent les FAT.

Les questions d'évaluation liées aux réseaux « Familles d'accueil » étaient, dans leurs grandes lignes, la description de la nature des objectifs recherchés par ce placement, la genèse des réseaux, des modalités de fonctionnement. Cette approche devait s'articuler notamment autour d'un bilan de l'existant et d'une évaluation du coût financier, pour la structure, du placement et du suivi des FAT.

En ce qui concerne les publics accueillis, il s'agissait de décrire l'impact des accueils sur leur situation sanitaire, sociale, familiale et pénale. La consommation de substances psycho-actives, l'insertion sociale et l'insertion professionnelle étaient avancées comme des indicateurs principaux de ces évolutions. Il était également demandé de décrire les conditions de préparation à "l'après séjour", le suivi ultérieur, les causes des départs des accueillis et motifs de refus d'un séjour en FAT. Enfin, une analyse des perceptions et réactions des accueillis à l'égard du dispositif FAT ou du dispositif de prise en charge global devait clore cette approche.

Pour les familles d'accueil, les commanditaires souhaitaient avoir une description de leurs liens avec les CSST, autour des sujets suivants : les conditions de leur recrutement, leur profil, leurs motivations, leur formation éventuelle, le suivi et le soutien assuré par les CSST, les échanges organisés avec d'autres FAT. Les relations avec les accueillis étaient un second point visé par l'appel à projet. Un éclairage particulier était demandé sur les conditions et difficultés éventuelles de l'accueil de couples, de personnes ayant des enfants, de personnes sous traitement de substitution, de personnes ayant contracté des maladies infectieuses, de mineurs. La question de la sécurité et des assurances avait été également avancée. De même, les commanditaires s'interrogeaient sur les effets du statut des FAT et des conditions de leur défraiement sur l'organisation du dispositif, sur le volontariat et le recrutement.

¹ 12 des 20 réseaux actifs étaient représentés.

Enfin, les motivations des FAT semblaient un dernier point important qui nécessitait un éclairage sur les attentes des familles, les raisons pour lesquelles elles cesseraient cette activité, les réactions de leur entourage et les conditions requises, selon elles, pour faciliter le recrutement des FAT et l'accueil.

La finalité de toutes ces questions était d'évaluer la capacité et les conditions d'évolution des dispositifs, de vérifier l'adaptation du dispositif réglementaire au regard du fonctionnement des réseaux et d'estimer les conditions nécessaires pour un accueil en famille conforme et optimal (pour l'élaboration d'une démarche de qualité et d'un système de monitoring).

SATISFACTION DE LA DEMANDE

En substance, le champ de l'étude, tel que défini par le cahier des charges, a été globalement repris par le prestataire. Les données quantitatives et qualitatives abondent, s'agissant de l'existant, des modalités de fonctionnement et attestent qu'un vrai travail d'investigation a été fait. Mais si, globalement, toutes les questions d'évaluation ont été renseignées dans ce rapport, elles l'ont été de façon inégale, parfois succincte, au détriment d'une analyse plus qualitative. Ceci vient notamment du caractère descriptif du rapport et du peu d'analyses secondaires. Au final, les quelques points très spécifiques pour lesquels nous n'avons pas d'information sont d'une part, les difficultés posées par l'accueil de couples, de mineurs – qu'ils s'agissent d'enfants d'accueillis ou de jeunes toxicomanes – d'autre part, l'avis des CSST et des familles sur leur statut et les conditions de leur défraiement et enfin les problèmes de sécurité et d'assurance liés à l'accueil. La question des objectifs thérapeutiques, aurait également demandé une plus ample exploration.

Comme l'étude d'approfondissement ne devait concerner que quatre réseaux, dès le départ, la conduite d'un séminaire semblait nécessaire pour confronter les résultats de l'étude à l'ensemble des situations vécues par les réseaux et, par là-même, pour approfondir un certain nombre de constats et savoir dans quelle mesure ils étaient généralisables. Sur cette base, les dénominateurs communs entre les réseaux pourraient être dégagés.

REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES POUR LA LECTURE DU RAPPORT

Le premier point important est que le rapport est une analyse transversale des dispositifs, c'est-à-dire une photographie des dispositifs à un temps donné : la période d'investigation. Ainsi la situation décrite est certes une expression des évolutions antérieures mais elle ne prend toute sa valeur explicative que lorsqu'elle est mise en perspective avec d'autres éléments contextuels. Ceci implique certaines précautions dans la lecture des résultats. Par exemple, dans le tableau 2 du rapport, quand on lit que 3 réseaux n'ont aucune famille accueillante, il faut garder à l'esprit que cette mesure est valable au moment de l'enquête et qu'elle ne présume pas de l'activité des réseaux antérieure ou postérieure à cette période.

D'autre part, les éléments d'évaluation dont nous rendons compte concernent certes des effectifs réduits : les 19 CSST de rattachement ayant accepté de répondre au questionnaire, et en ce qui concerne l'étude d'approfondissement, les représentants de 4 équipes, de 24 familles d'accueil et 23 bénéficiaires de ce mode de prise en charge.

En ce qui concerne l'enquête quantitative, la taille de l'échantillon affaiblit la robustesse statistique des résultats. En effet, selon le moment où l'on observe, un réseau peut être classé dans une catégorie plutôt qu'une autre, ce qui correspond pour un groupe de 19 réseaux à un changement de catégorisation de 5% de l'échantillon. Ainsi, au hasard de l'observation, chaque situation marginale concernant un ou deux réseaux a un poids non négligeable par rapport à l'ensemble. Or, à partir des seules moyennes et de fréquences calculées par les évaluateurs on ne peut guère statuer si la grande dispersion (intervalles de confiance larges) des valeurs des variables observées est un fait du hasard ou si elle traduit une réelle diversité des situations : par exemple, le nombre de familles mobilisables par réseaux en 1999 (cf. tableau 1) est de 11 en moyenne mais il peut être nul ou doublé. De ce fait, même si ces chiffres fournissent une indication, toute généralisation ou extrapolation dans le temps doivent se faire avec mesure.

Pour ce qui est de l'approche qualitative menée auprès de quatre sites, la taille de l'échantillon a un impact moindre. En effet, cette étude s'appuie sur des critères qualitatifs que l'on suppose reproductifs en substance entre réseaux. De plus, les réseaux ayant contribué à cette démarche ont été choisis de façon à offrir un panel large de caractéristiques par rapport aux critères distinctifs préalablement définis avec les acteurs de terrain. Par contre, le comité de pilotage

n'exclut pas qu'il y ait un biais qui pèse sur les entretiens. En effet, les ex accueillis sollicités par les CSST pour participer à l'enquête représentaient finalement 56% de l'échantillon des accueillis. Or, on peut raisonnablement supposer que les personnes pour qui le séjour a été peu productif voire négatif ont conservé moins de contact avec les réseaux et avaient donc peu de chance de faire partie de l'échantillon interrogé. L'éventualité que, de fait, les expériences positives aient été sur-représentées ne peut pas être exclue et enjoint de nouveau à une certaine circonspection dans la lecture des informations.

LES ENSEIGNEMENTS QUE L'ON RETIEN DE L'ÉTUDE

Des données clés

L'état des lieux révèle un dispositif plus restreint que ce que présumaient les pouvoirs publics : en 1999, année de l'enquête, on compte 20 réseaux actifs qui représentent une ressource de 215 familles d'accueil et 348 accueillis. Dans un cas sur deux, les réseaux comptent plus de 7 familles (avec un maximum de 48 familles). La moitié de ces réseaux ont accueilli de 12 à 62 toxicomanes (la moyenne du nombre d'accueillis par réseau se situant à 18 et le maximum à 62). Les séjours en famille sont relativement courts, puisque 68% des personnes accueillies restent placées en familles pour des durées de moins de 3 mois. Le nombre moyen de journées d'accueil est de 1299, mais la moitié des réseaux en réalisent moins de 640 jours, l'autre moitié enregistrant entre 640 et 4663 journées. Au final, comparativement à leur capacité d'accueil, les réseaux sont moyennement utilisés si l'on considère quelques ratios globaux : en 1999, on compte par FAT mobilisée, 140 jours d'accueil et 2 accueillis ; par place agréée (au nombre de 116), cela revient à 201.5 journées et 3 accueillis. Si l'on considère un taux de fonctionnement annuel maximal de 90% (soit 328.5 jours), en comparaison, le taux de fonctionnement calculé en journées d'accueil par place agréée varie de 5 à 98% selon les sites (de 18 à 291 jours par place agréée). Le taux global quant à lui est de 62%. Ce taux de fonctionnement selon les journées d'accueil faites par famille mobilisée s'étale de 3 à 63% (de 10 à 208 jours par famille mobilisée), avec un taux global de 43%. Les chiffres disponibles révèlent de grandes disparités dans l'activité des réseaux (cf. figures 1, 2 et 3).

Récapitulatif des calculs :

Nombre de journées d'accueil réalisées par l'ensemble des réseaux en 1999 : 23374

Nombre de places agréées déclarées par l'ensemble des réseaux en 1999 : 116

Nombre de familles mobilisées déclarées par l'ensemble des réseaux en 1999 : 215

Nb maximal de journées réalisables, correspondant à un taux d'accueil annuel hypothétique de 90% = $365 * 0.9 = 328.5$

Taux de fonctionnement selon les journées d'accueil faites par place agréée =
[Nb de journées d'accueil par place agréée] / 328.5.

Taux de fonctionnement selon les journées d'accueil faites par famille mobilisée =
[Nb de journées d'accueil par famille mobilisée] / 328.5.

Soit pour l'ensemble des réseaux :

Taux de fonctionnement global des réseaux en 1999 selon les journées d'accueil faites par place agréée =
[23374/116] / 328.5 = 62%

Taux de fonctionnement global des réseaux en 1999 selon les journées d'accueil faites par famille mobilisée
= [23374/215] / 328.5 = 43%

Figure 1: Distribution du nombre de journées d'accueil réalisées en 1999 par CSST

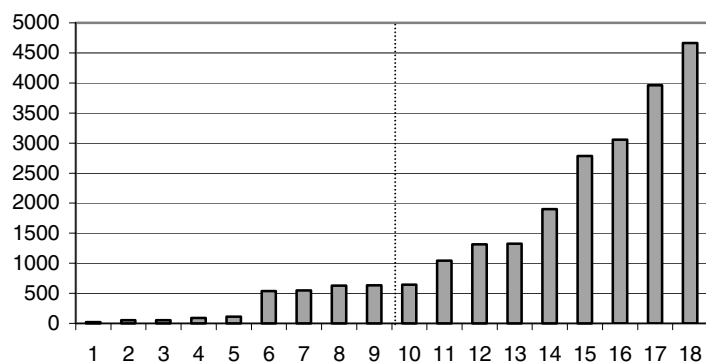


Figure 2: Nombre de toxicomanes accueillis en 1999 par CSST

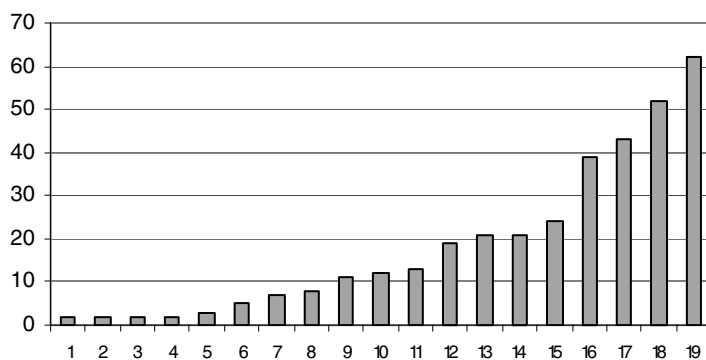
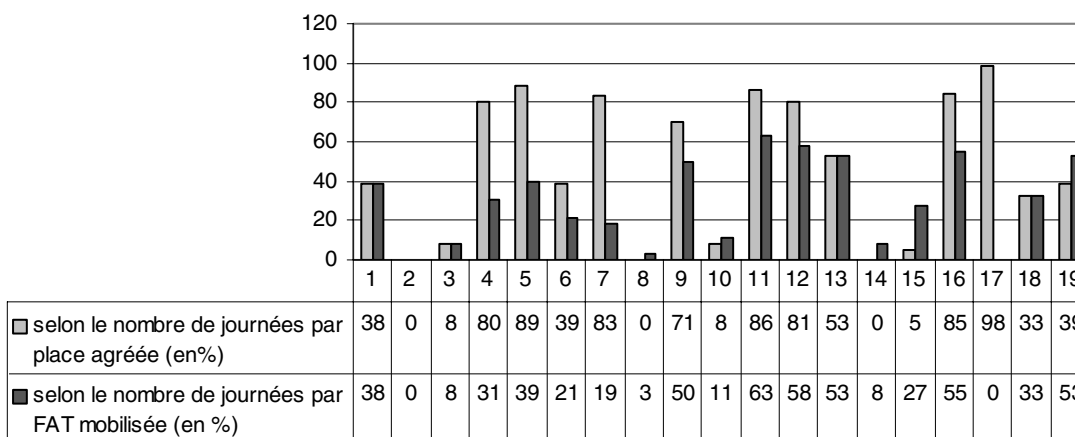


Figure 3 : Taux de fonctionnement en 1999 par rapport à un taux maximal de 90%



N.B. :

Centre n°2 : les chiffres sont à rapporter au fait que le nombre de journées en 1999 n'est pas disponible.

Centre n°14 : les chiffres sont à rapporter au fait que le nombre de places agréées en 1999 n'est pas disponible.

Centre n°17 : les chiffres sont à rapporter au fait que le nombre de familles mobilisées en 1999 n'est pas disponible.

L'arrêté du 18.08.93 définit l'accueil en famille comme partie intégrante du projet thérapeutique du centre de soins (art.1er : « (...) *ses activités* (s'agissant du réseau) *s'inscrivent dans le projet thérapeutique d'ensemble dudit centre.* » et comme un moyen orienté sur l'accès à l'autonomie (art. 2 : « *prise en charge de personnes toxicomanes dans un milieu qui leur permettent d'accéder à leur autonomie* »). Selon le projet thérapeutique individuel de l'accueilli, l'accueil familial peut constituer une étape participant à la réinsertion professionnelle (art.4 : « *Les modalités d'accueil et d'action du réseau doivent être adaptées au projet de prise en charge retenu pour chaque toxicomane. L'accueil familial peut intervenir directement après le sevrage, (...) voire au cours de la phase de réinsertion professionnelle* »). Les représentantes de la DGS et la MILDT reconnaissent dans l'arrêté de 1993 une fonction de réintégration sociale de l'accueil familial. Cependant à travers les objectifs des réseaux qui sont affichés dans le rapport d'évaluation, le travail de réinsertion sociale leur semble dilué dans la prise en charge thérapeutique et elles ne voient pas quels sont les objectifs spécifiques de ce mode de prise en charge par rapport à ceux des centres d'hébergement. Le fait que cette spécificité ne transparaisse pas dans le discours rapporté des CSST, signifie-t-il que la finalité de l'accueil en famille conserve des contours flous et doit être précisée ? Pour les représentants de l'ANIT les similitudes des objectifs généraux des FAT par rapport aux centres d'hébergement ne constituent pas un problème en soi : l'intérêt des réseaux de familles d'accueil réside dans les moyens mis en œuvre et les services offerts, notamment la possibilité d'une individualisation des soins préconisée par l'arrêté de 1993. Pour les représentants des pouvoirs publics, la question de la spécificité des objectifs demeure centrale. Face au manque d'information sur ce point, les membres du comité de pilotage s'interrogent : la spécificité des objectifs a-t-elle été assez travaillée avec les réseaux de FAT et les accueillis ? A-t-elle été suffisamment explorée lors de l'évaluation ?

Quatre points force de ce mode de prise en charge sont ressortis de l'évaluation :

- 1) la **variété** des accueils proposés et des publics bénéficiaires. Cette diversité marque le potentiel des réseaux à s'adapter à la multiplicité des cas. Mais elle alimente aussi l'image d'une somme d'expériences, engendrées par des textes de loi et d'application assez souples, plutôt que d'un réel dispositif.
- 2) l'offre d'une **rupture dans le parcours** complexe et stigmatisé des accueillis : ceux-ci peuvent rompre avec l'image de « toxicomanes » qui leur est associée, pour beaucoup, depuis de nombreuses années. En effet, ils sont présentés comme des amis de la famille et sont libres de préciser ou non leur statut.
- 3) la confrontation des toxicomanes à des tâches et des horaires qui constituent autant de repères en permettant de retrouver un **rythme de vie « normal »**.
Il semble que ce soit la conjugaison de ce travail sur l'identité et du rythme de vie qui permet à l'accueilli de reconstruire des liens sociétaux (interpersonnels) et sociaux.
- 4) la vigilance des CSST quant au recrutement et au suivi des familles d'accueil. Un important de travail est consacré à l'**accompagnement** des familles.

14 CSST sur les 19 ayant participé à l'étude ont des rapports d'activités détaillés. Par ailleurs, l'évaluation relève des modalités de suivi entre CSST et administration de tutelle plutôt variables. Elles consistent a minima à la communication des listes de FAT mais « *La fréquence et le contenu des autres contacts avec les responsables de réseaux sont variables selon les centres (compte-rendu de l'activité « famille d'accueil » envoyé tous les mois, rencontres trimestrielles et information si situation grave majeure dans un centre, quasiment aucun contact dans un autre centre).* » (chapitre 4.1.2 du rapport d'évaluation). Ces informations suggèrent une connaissance relative du fonctionnement et des évolutions des réseaux par les DDASS, selon les sites. Elles interrogent le besoin de mieux cadrer le suivi des réseaux de FAT par les autorités de tutelle.

Des axes de réflexion :

Le comité de pilotage reprend ici quelques points qui, selon lui, mériteraient d'être développés.

Concernant les accueillis et les FAT

La relation entre la famille et l'accueilli et la place que ce dernier occupe dans le cercle familial n'apparaissent pas clairement.

En particulier, comment se déroule l'arrivée de la personne toxicomane dans sa famille d'accueil ? Les auteurs parlent d'une période d'adaptation de 2 à 4 semaines. Comment est gérée cette période d'introduction génératrice de tensions, où les uns et les autres prennent leurs repères ? Dans quelle mesure les CSST de rattachement peuvent-ils préparer cette étape, de part et d'autre ?

L'enquête menée auprès d'ex accueillis, restés en contact avec les familles d'accueil ou leur CSST de rattachement, montre qu'ils font un bilan plutôt positif de leur expérience en FAT. De fait, presque tous à l'issue de l'accueil avaient des perspectives d'insertion professionnelle ou de logement, du moins au court-moyen terme. Cependant, il faut convenir que nous ne savons pas dans quelle mesure ces résultats sont représentatifs des bénéficiaires retirés par l'ensemble de la population accueillie, pour les raisons évoquées précédemment (cf. *Repères méthodologiques pour la lecture du rapport*).

Par ailleurs, la façon dont la réinsertion se construit au sein et grâce à la famille ne transparait pas dans l'étude. Cette réinsertion s'appuie-t-elle sur une similitude des appartenances culturelles ou, au contraire, l'accueil en famille est-il exploité comme une opportunité d'intégrer de nouveaux repères socioculturels ? Dans un sens ou l'autre, si l'appartenance culturelle constitue un « critère d'affiliation », elle n'a pas été rapportée comme telle pour autant.

L'étude relate les bénéfices que les accueillis perçoivent dans l'accueil en famille, mais, au demeurant, nous ne savons pas en quoi ils s'accordent ou sont en décalage avec les attentes initiales de ces personnes.

Enfin, quel travail thérapeutique est entrepris entre accueilli et CSST dans le cadre de l'accueil, en particulier autour de la prise de parole et la prise de position en famille ?

En ce qui concerne les CSST de rattachement

Parallèlement au nombre limité de toxicomanes accueillis, le rapport n'identifie pas clairement les difficultés rencontrées par les réseaux. Or, on s'interroge sur le taux de fonctionnement plutôt faible des FAT. S'explique-t-il par une méconnaissance des réseaux FAT par les dispositifs de prise en charge généraux ? De plus, on ne connaît pas l'intégration des CSST de rattachement dans les réseaux de prise en charge (ville-hôpital, etc.) existant, ni par quelles voies les personnes sont orientées vers les réseaux FAT, ce qui alimente l'image d'un système plutôt fermé sur lui-même.

Devant ce constat, les représentants de l'ANIT dans le comité de pilotage ont avancé un autre facteur pouvant influencer sur le recrutement et le suivi des FAT : l'effectif de personnel travaillant exclusivement dans le domaine des FAT.

Pour éclairer cette question, le comité de pilotage a voulu fournir au lecteur quelques informations supplémentaires, calculées à partir des données récoltées lors de l'évaluation. Cependant, les données du tableau suivant doivent être considérées avec réserve dans la mesure où les effectifs faibles rapportés pour chacune des modalités interrogent la solidité des calculs statistiques.

Distribution des 19 réseaux de l'enquête en fonction du nombre de personnes accueillies, du type de personnel et de ETP consacrés aux FAT, en 1999

		Réseaux ayant du personnel spécifique aux FAT selon un ETP (2) :				Réseaux ayant du personnel affecté aux FAT selon un ETP :			
		inférieur à 0.50 Effectif		de 1 à 5.13 Effectif		inférieur à 0.64 Effectif		de 0.70 à 7.50 Effectif	
		%	%	%	%	%	%	%	%
Nombre de journées d'accueil par quartile (1)	20 à 110	6	60	0	0	5	5	1	11
	540 à 634	2	20	2	22.2	1	0.0	3	.1
	646 à 1899	2	20	3	33.3	2	0.0	3	.3
	2785 à 4663	0	0	4	44.5	2	0.0	2	.3
Significativité (Test chi-2)		Très significatif (1.7% de probabilité que les résultats soient l'effet du hasard)				Non significatif (28.1% de probabilité que les résultats soient l'effet du hasard)			

(1) Chaque catégorie concerne environ 25% des réseaux

(2) Chaque catégorie concerne environ 50% des réseaux

Les réseaux bénéficiant d'au moins un ETP en personnel spécifique ont tous enregistré plus de 540 journées d'accueil. Ce chiffre va au-delà de 2785 et jusqu'à 4663, dans 44.5% des cas. Quand le personnel spécifique fait moins de 0.5 ETP – dans 60% des cas – le nombre de journées d'accueil est inférieur à 110. On voit donc une relation, dans un rapport croissant, entre effectif du personnel spécifique et importance des journées d'accueil. En outre, on ne peut pas en dire autant du personnel affecté.

Par contre, cette relation ne transparait pas de manière significative concernant le personnel affecté.

Dans l'hypothèse où l'effectif de personnel travaillant spécifiquement dans l'accueil familial influe directement sur le recrutement et le suivi des FAT, y a-t-il un seuil critique en deçà duquel un réseau est voué à régresser ?

Enfin, il semble que l'arrivée de la substitution pose autrement la question du rôle des familles d'accueil. En effet, la substitution a permis d'élargir l'accueil familial à d'autres publics que les personnes sevrées. Pourtant, pour les représentants de l'ANIT, la forte mobilisation des CSST liée à la montée en charge de la substitution aurait participé aussi à la baisse d'activité des réseaux FAT, par un redéploiement du personnel qui y était affecté.

LIVRET 2

Rapport d'évaluation

PRÉAMBULE

Contexte

Les familles d'accueil pour toxicomanes offrent une prise en charge psychologique et sociale et une alternative au placement dans les centres de soins spécialisés. Elles sont complètement intégrées au dispositif global de prise en charge et sont rattachées à un centre de soins donné (dit CSST de rattachement), d'où un fonctionnement en réseau de familles d'accueil.

Ce dispositif est réglementé par différents textes législatifs. Fin décembre 1999, 25 réseaux ont été comptabilisés en France, mais le dispositif n'a jamais été évalué au niveau national.

C'est pourquoi, à la demande de la MILDT et de la DGS, et après concertation avec l'ANIT, l'OFDT s'est porté comme maître d'ouvrage de cette évaluation, dans le cadre de son mandat d'évaluation du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances.

Cette évaluation doit déboucher sur :

- un état des lieux du dispositif familles d'accueil au niveau national et une restitution de l'existant en décrivant la réalité du dispositif sur le terrain ;
- l'élaboration de recommandations et de pistes de réflexion pour améliorer le dispositif.

Pour cela, l'évaluation doit être centrée sur les trois principaux acteurs concernés par le dispositif : les familles, les usagers accueillis et les professionnels des CSST de rattachement. Il nous paraît essentiel de rencontrer des familles, des professionnels et des usagers et d'adopter une démarche participative.

Connaissance du dispositif préalablement à l'évaluation

Le cahier des charges de l'évaluation peut, à sa lecture, faire supposer qu'il s'agit d'un dispositif conséquent répondant à des normes de fonctionnement reproductibles d'un réseau à un autre. La mission réalisée nous a montré qu'il s'agit en fait d'un dispositif numériquement peu important, dont l'évolution dans le temps est restée limitée et qui a même vu au cours de ces dernières années une diminution du nombre des familles d'accueil et des personnes accueillies.

Lors de la réalisation de la mission d'évaluation, nous avons pu constater que les réseaux étaient très peu connus notamment sur les éléments suivants :

- la liste des réseaux actifs ;
- le nombre des familles d'accueil concernées ;
- le nombre de toxicomanes pris en charge ;
- les modalités d'accueil (durée du séjour en particulier) ;
- le montant du prix de journée,
- et, plus généralement, l'ensemble des procédures en vigueur.

C'est pour cette raison que nous avons développé de manière la plus détaillée possible la description exhaustive des réseaux.

Enfin, les textes législatifs et réglementaires sont peu précis sur les exigences imposées aux réseaux de familles d'accueil.

En conséquence, en accord avec le comité de pilotage, nous avons conduit l'évaluation en insistant sur des constats pragmatiques et descriptifs de l'existant.

PRÉSENTATION DU RAPPORT

Après un exposé de la méthodologie, le chapitre « résultats » décrit la situation existante.

Il est suivi d'un chapitre « réponses aux objectifs de l'évaluation » qui regroupe pour chacun des objectifs attendus, les données collectées au travers des questionnaires et des entretiens réalisés sur le terrain.

Le dernier chapitre est constitué par une conclusion et la mise en avant d'hypothèses pour l'évolution possible du dispositif.

Enfin, du fait de la taille de l'échantillon des familles rencontrées, nous proposons en annexe un compte rendu exhaustif du travail d'investigation réalisé auprès des réseaux et auprès des familles. En effet, il nous est apparu souhaitable que, au-delà des éléments conclusifs figurant dans le rapport, le lecteur puisse se forger une opinion sur la réalité et sur l'intérêt du dispositif que nous avons étudié. Les annexes comprennent également l'ensemble des éléments de l'analyse financière afin de faire connaître au lecteur de la manière la plus exhaustive possible la réalité économique des réseaux.

MÉTHODOLOGIE

Nous avons proposé une démarche en 5 étapes successives qui doit aboutir à une description de la situation des familles d'accueil sur ses aspects quantitatifs, qualitatifs et opérationnels.

Étape 1 :

Réalisation d'un état des lieux de l'existant qui permette de quantifier l'état de l'offre. Cet état des lieux doit être réalisé par questionnaire auprès de tous les réseaux et à partir des documents existants sur ce sujet.

Étape 2 :

Enquête sur le terrain pour approcher la réalité du dispositif existant, réalisée dans 4 sites (sélectionnés à partir des résultats de la 1^{re} phase) auprès des différents acteurs du dispositif : familles, usagers accueillis et professionnels des centres de rattachement. Cette phase de l'évaluation doit permettre de dresser des constats sur le fonctionnement du dispositif, ses apports, les problèmes rencontrés et les opinions des différents acteurs. Elle doit également permettre de proposer des pistes de réflexion et une première ébauche de recommandations permettant d'améliorer le dispositif.

Étape 3 :

Analyse économique visant à déterminer le coût de ce dispositif, réalisée pour 3 des 4 sites sélectionnés à partir des éléments budgétaires disponibles et des données sur les activités du centre relatives aux familles d'accueil. La méthodologie doit être mise au point sur un centre, puis déclinée dans les 2 autres centres.

Étape 4 :

Restitution des résultats de l'évaluation sous la forme d'un rapport final.

Étape 5 :

Élaboration de recommandations au moyen d'un séminaire (une demi-journée de réflexion avec les professionnels des CSST de rattachement). Ce séminaire préparé et animé par nos soins a un double objectif : présenter les résultats de l'enquête de terrain aux personnes concernées et les faire réfléchir sur l'évolution concrète du dispositif.

Un comité de pilotage est chargé de valider les principales étapes de l'évaluation.

RÉSULTATS

État des lieux

Participation

Un bilan de l'existant au niveau national en termes de réseaux de familles d'accueil a été réalisé en avril-mai 2000. Il a été réalisé par questionnaire auprès des 27 CSST de rattachement recensés dans l'annuaire DGS de janvier 1999, correspondant à 24 réseaux de familles d'accueil. Des relances téléphoniques ont été faites pour accélérer le retour des questionnaires.

Parmi les 24 réseaux recensés :

- 4 réseaux ont été dissous ou n'ont plus de famille d'accueil à l'heure actuelle :
 - Centre APUS (Lyon, 69) ;
 - Centre médical Marmottan (Paris) ;
 - Les 5 topazes (Vigneux sur Seine, 91) ;
 - Centre Convergence (Toulon, 83) : plus de familles depuis 1999.
- 1 réseau a refusé de participer à l'évaluation : centre Didro, Paris.

L'évaluation porte donc sur les 19 centres ayant participé. Leurs coordonnées figurent en annexe I.

Le questionnaire figure en annexe II.

Résultats

Les résultats statistiques détaillés sont disponibles sur demande à l'OFDT.

Caractéristiques générales des réseaux

6 réseaux de familles d'accueil ont été créés après 1990, 8 entre 1981 et 1989 et 4 avant 1981. Il y a en fait peu de réseaux récents puisque les réseaux créés récemment correspondent souvent à la reprise d'associations qui géraient déjà des familles d'accueil. 16 réseaux sur 19 reçoivent un financement de la part de la Direction Générale de la Santé. Parmi les 3 autres réseaux, un reçoit un financement DASS, le second précise que l'enveloppe est prise sur le financement du CSST et qu'il y a un conventionnement ALT, le dernier ne déclare aucun financement.

Le montant moyen de défraiement des familles est de 172 F par jour, avec des variations de 75 F à 255 F selon les réseaux. Il s'élève à moins de 130 F pour 7 réseaux, de 131 F à 159 F pour 9 réseaux et à 160 F ou plus pour 3 réseaux.

14 réseaux ont des rapports d'activité détaillés et 13 disposent d'une comptabilité analytique détaillée concernant l'activité « familles d'accueil ».

Évolution de l'activité des réseaux

Plusieurs paramètres entrent en compte pour caractériser l'activité des réseaux : nombre de places agréées, nombre de familles mobilisables et mobilisées, nombre de personnes accueillies et nombre de journées d'accueil. Ces informations ont été demandées pour plusieurs années afin de dégager une évolution. Le tableau 1 présente, pour une année donnée, les moyennes et les écarts types des différents paramètres calculés sur les réseaux existants qui ont fourni l'information demandée (le tableau n'a pas toujours été bien rempli, ni rempli de façon exhaustive).

On observe une importante disparité des réseaux (écarts types élevés), que ce soit en termes de places agréées (variant de 0 à 16 en 1999), de familles mobilisables (de 3 à 48) ou accueillantes (de 1 à 36), de personnes accueillies (de 2 à 62) et de journées d'accueil (de 0 à plus de 4 600). À noter que seuls 14 réseaux sur 19 ont fourni des informations concernant leur année de création.

Le nombre de places agréées par réseau est plus faible en 1999 qu'en 1990 et 1995. En moyenne, le nombre de familles par réseau a diminué par rapport à 1995, ainsi que les nombres de familles mobilisées, de personnes accueillies et de journées d'accueil.

L'année 1995 a connu une forte activité en moyenne, avec des journées d'accueil beaucoup plus nombreuses qu'en 1990 et 1999 (plus de 2 000 journées par réseau en moyenne) et 29 personnes accueillies en moyenne.

Tableau 1 – Évolution de l'activité des réseaux de familles d'accueil (moyennes et écarts types)

	Année de création	1985	1990	1995	1999
Nombre de réseaux existants (dont ayant fourni l'information)	19 (14)	6 (5)	13 (10)	16 (16)	19 (18)
Nombre de places agréées	7 ±5	7 ±6	8 ±6	8 ±5	6 ±5
Nombre de familles dans le réseau (familles mobilisables)	9 ±6	26 ±26	13 ±15	16 ±12	11 ±11
Nombre de personnes toxicomanes différentes accueillies dans l'année	11 ±15	12 ±6	24 ±22	29 ±20	18 ±18
Nombre d'enfants accueillis dans l'année	0,5 ±1	2 ±2	1 ±2	2 ±3	2 ±4
Nombre de familles mobilisées dans l'année (ayant accueilli au moins 1 personne)	6 ±6	12 ±5	11 ±11	15 ±11	9 ±9
Nombre de journées d'accueil sur l'année	612 ±780	1 050 ±1 000	1 546 ±1 614	2 027 ±1 678	1 299 ±1 418

Caractéristiques au moment de l'enquête

En moyenne, il y avait 11 familles par réseau au moment de l'enquête (Tableau 2) : la grande majorité (86 %) était « à proximité » du centre, c'est-à-dire à moins de 100 km ou moins de 2 heures de trajet, les autres étant « décentrées ».

En moyenne, 4 familles par réseau accueillait quelqu'un au moment de l'enquête. À noter que 3 réseaux n'avaient aucune famille accueillante à cette période-là.

Tableau 2 – Nombre de familles mobilisables et de familles accueillantes au moment de l'enquête

Nombre de familles au moment de l'enquête	
Moyenne \pm écart type	11 \pm 11 (min = 3, max = 48)
Médiane	5
Répartition de leur ancienneté dans le réseau :	
Environ 1 an	14 %
1 à 3 an(s)	23 %
3 à 5 ans	24 %
5 à 10 ans	26 %
10 à 15 ans	9 %
> 15 ans	4 %
Nombre de familles accueillantes au moment de l'enquête	
Moyenne \pm écart type	4 \pm 4 (min = 0, max = 13)
Médiane	4
Répartition des réseaux selon le nombre de familles accueillantes :	
Non précisé	1 réseau
0 famille	3 réseaux
1 à 5 familles	10 réseaux
6 à 10 familles	3 réseaux
> 10 familles	2 réseaux

Le nombre moyen de personnes accueillies par réseau est de 18,5 sur l'année 1999 (Tableau 3). Il varie de 2 à 62 personnes avec une médiane à 12. Pour les deux tiers des accueillis (68 %), il s'agit de séjours de moins de 3 mois et pour 86 %, de séjours de moins de 6 mois.

Tableau 3 – Nombre de personnes accueillies en 1999 et répartition des durées d'accueil

Nombre de personnes accueillies en 1999	
	18 \pm 18 (min = 2, max = 62*)
Répartition des personnes accueillies en 1999 par type de séjour	
Week-end	8 %
< 1 mois	35 %
1 à 3 mois	25 %
3 à 6 mois	18 %
6 à 9 mois	10 %
> 9 mois	4 %

* Les 62 personnes comptabilisées par le centre de Metz incluent 12 personnes qui ne sont plus en familles d'accueil et sont venues en séjour « référence ».

Tableau 4 – Profils des personnes accueillies en familles d'accueil

Profils des personnes accueillies	Rang moyen* sur l'ensemble des réseaux	Nombre de réseaux ayant cité ce public parmi les 3 plus fréquents
Personnes seules	1,1	19
Personnes seules avec enfant(s)	2,5	12
Personnes alcoolo-dépendantes	2,9	8
Couples	3,3	5
Mineurs	3,4	4
Couples avec enfant(s)	4,4	1
Autres publics (troubles psychiatriques, handicap physique, personnes désocialisées)	3,2	6

* Chaque réseau devait hiérarchiser les publics qu'il accueille (en attribuant le rang 1 au plus fréquent, 2 au suivant...). Pour chaque type de public, le tableau présente la moyenne des rangs donnés par les différents réseaux.

Il était demandé aux réseaux de préciser les profils des personnes accueillies et de les hiérarchiser (tableau 4). Les réseaux accueillent principalement des personnes seules : c'est le premier profil cité par 18 réseaux sur 19. Viennent ensuite les personnes seules avec enfant(s), les personnes alcoolo-dépendantes (avec une ambiguïté sur la notion d'alcoolo-dépendance), puis les couples ou les mineurs.

Tableau 5 – Situations des personnes accueillies en familles d'accueil

Situations des personnes accueillies	Rang moyen* sur l'ensemble des réseaux	Nombre de réseaux ayant cité ce public parmi les 3 plus fréquents
Personnes sevrées	2	11
Personnes sous traitement de substitution	2,4	12
Personnes en rupture avec le milieu d'origine	2,7	13
Personnes en cours de sevrage	2,9	4
Sous-mains de justice	3,6	7
Personnes en sevrage du traitement de substitution	3,8	7
Alternative à l'incarcération	3,8	2
Pour soutenir une relation mère-enfant	4,3	4
Alternative à l'hospitalisation	4,4	2
Autres indications (séjour relais, séjour soutien de week-end...)	2,8	3

* Chaque réseau devait hiérarchiser les publics qu'il accueille (en attribuant le rang 1 au plus fréquent, 2 au suivant...). Pour chaque type de public, le tableau présente la moyenne des rangs donnés par les différents réseaux.

De la même façon, les réseaux ont hiérarchisé les situations des personnes accueillies (Tableau 5) : les personnes sevrées, celles sous traitement de substitution, celles en cours de sevrage et celles en rupture avec leur milieu d'origine constituent les 4 publics le plus souvent rencontrés. Viennent ensuite d'autres situations plus rares : sous-main de justice, personnes en sevrage du traitement de substitution, alternative à l'hospitalisation.

Les principaux objectifs des réseaux sont les suivants :

- accueil de transition, relais (objectif principal pour 6 réseaux, parmi les 2 principaux objectifs pour 9 réseaux) ;
- soins aux toxicomanes (objectif principal pour 4 réseaux) ;
- accueil thérapeutique longue durée (objectif principal pour 4 réseaux) ;
- accueil pour réinsertion sociale (objectif principal pour 2 réseaux, mais parmi les 2 principaux objectifs pour 15 réseaux).

D'autres objectifs apparaissent secondairement, comme la réinsertion professionnelle, la prise en charge de pathologies somatiques et psychiatriques.

Ces objectifs sont les mêmes que les objectifs initiaux des réseaux.

Composition des équipes intervenant dans le cadre des familles d'accueil

4 réseaux ne fonctionnent qu'avec du personnel spécifique et 8 réseaux qu'avec du personnel affecté. Tous les autres réseaux ont à la fois du personnel spécifique et du personnel affecté.

L'effectif total d'un réseau est en moyenne de 2,3 effectifs temps plein (ETP), composé de 1,3 ETP de personnel spécifique (soit 56 %) et de 1 ETP de personnel affecté (soit 44 %). L'ETP total est inférieur à 1 pour 6 réseaux, compris entre 1 et 2 pour 4 réseaux, entre 2 et 4 pour 5 réseaux, et supérieur ou égal à 4 pour 4 réseaux.

Tableau 6 – Composition des équipes intervenant dans le cadre des familles d'accueil

	ETP TOTAL (personnel spécifique + affecté)
TOTAL (tous personnels confondus)	2,3 ±2,0 (100 %) min = 0, max = 7,5
RÉPARTITION des personnels	
Éducateur	1,02 (44 %)
Directeur et personnel administratif	0,44 (19 %)
Chef de service	0,37 (16 %)
Psychologue	0,20 (8 %)
Assistante sociale	0,17 (7 %)
Médecin généraliste	0,07 (3 %)
Médecin(s) spécialiste(s)	0,06 (2 %)
Alcoologue	0,03 (1 %)

Les équipes intervenant dans le cadre des familles d'accueil sont surtout composées d'éducateurs, d'un directeur et de personnel administratif, et de chefs de service (tableau 6). À noter que le directeur et le personnel administratif représentent un cinquième de l'effectif total.

14 réseaux sur 19 sont des sections de centres ambulatoires, les 5 autres sont des sections de centres d'hébergement.

Procédures de recrutement et de suivi

Tableau 7 – Procédures de recrutement des familles

Recrutement des familles (plusieurs réponses possibles)	
En sollicitant des connaissances (surtout familles d'accueil et réseau de professionnels)	79 %
Par voie d'annonce	58 %
Par candidature spontanée de familles	32 %
Existence de critères pour la sélection des familles	89 %
Repérage de contre-indications à l'accueil en famille	89 %
Modalités de sélection des familles (plusieurs réponses possibles)	
Visite à domicile	100 %
Entretien à domicile ou au CSST	68 %
Entretien téléphonique	42 %

Le recrutement des familles se fait essentiellement par l'intermédiaire de familles d'accueil et du réseau de professionnels et par petites annonces (Tableau 7).

Tous les centres (sauf deux, qui pratiquent au cas par cas) ont défini des critères de sélection des familles.

Il existe d'une part des critères « objectifs ». Parmi ces critères, l'existence d'une chambre indépendante pour l'accueilli et/ou la possibilité d'une relative indépendance tout en participant à la vie de la famille sont évoqués par l'ensemble des réseaux.

De nombreux critères sont également évoqués, plus ou moins fréquemment :

- le fait que la famille ait une activité dans laquelle puisse s'inscrire la personne accueillie (cité par 4 réseaux) ;
- la capacité de la FA à travailler en équipe (par 4 réseaux) ;
- l'intégration de la FA, dans le tissu social local (3 réseaux) ;
- le fait qu'il s'agisse d'une famille composée (couple avec ou sans enfants) (2 réseaux) ;
- le fait que l'accueil ne soit pas la seule activité familiale (1 réseau) ;
- la proximité géographique avec le CSST (1 réseau) ;
- la présence d'un adulte dans la famille ne travaillant pas à l'extérieur (1 réseau) ;
- un environnement rural (1 réseau) ;
- la motivation de la famille (1 réseau) ;
- le fait que la FA ne doit pas vouloir être une famille de substitution (1 réseau) ;

D'autre part, de nombreux critères plus « subjectifs » fondés sur les qualités humaines ont été cités par les réseaux :

- la qualité d'écoute (cité par 7 réseaux) ;
- la disponibilité (6 réseaux) ;
- la stabilité, solidité de la famille (4 réseaux) ;
- le positionnement par rapport à la dépendance (3 réseaux) ;
- l'ouverture d'esprit (2 réseaux) ;
- le sens que prend l'accueil pour toute la famille (2 réseaux) ;

- l'aspect humaniste, accueillant, chaleureux (2 réseaux) ;
- la cohérence (1 réseau) ;
- la dimension d'accueil sans jugement (1 réseau) ;
- le bon sens (1 réseau) ;
- la capacité d'adaptation (1 réseau) ;
- la capacité à travailler sur la relation avec l'accueilli (1 réseau) ;
- la capacité à apporter un soutien de type socio-éducatif (1 réseau) ;
- la capacité à poser un cadre structurant, capacité à accepter que le cadre soit transgressé et capacité à gérer cette transgression (1 réseau).

Des critères d'exclusion des familles ont également été définis :

- motivation exclusivement financière (cité par 5 réseaux) ;
- alcoolisme ou dépendance d'un membre de la famille à l'alcool et à plus forte raison aux produits illicites (4 réseaux) ;
- famille acceptant mal de collaborer avec l'équipe du CSST, manque d'adhésion aux objectifs de l'équipe (4 réseaux) ;
- famille fragile (3 réseaux) ;
- recherche de main d'œuvre (2 réseaux) ;
- famille isolée socialement (2 réseaux) ;
- intolérance, racisme, sectarisme (2 réseaux) ;
- famille monoparentale ou personne seule (2 réseaux) ;
- perception de l'accueil comme la réparation d'une histoire familiale (1 réseau) ;
- histoire familiale trop récemment douloureuse (1 réseau) ;
- présence d'adolescents au foyer (1 réseau) ;
- difficultés ou histoires traumatiques familiales (1 réseau) ;
- prosélytisme (1 réseau) ;
- relation amoureuse entre un membre de la famille et l'accueilli (1 réseau) ;
- violences familiales (1 réseau) ;
- famille cherchant à « jouer au psy » (1 réseau).

Tous les centres sauf deux citent des contre-indications à l'accueil en familles :

- pathologies psychiatriques massives ou psychopathies (7 réseaux) ;
- violence physique trop importante (4 réseaux) ;
- éléments pathologiques pouvant déstabiliser une famille (2 réseaux) ;
- carences familiales trop grandes (2 réseaux) ;
- orphelin ou abandonné (1 réseau) ;
- perversions sexuelles (1 réseau) ;
- risque de dépendance affective de l'accueilli (1 réseau) ;
- racisme xénophobie (2 réseaux) ;
- pas de projet pour la suite (1 réseau) ;
- FA comme hébergement uniquement (1 réseau) ;
- incapacité à être en relation (1 réseau).

Tableau 8 – Organisation du dispositif et suivi des familles

Référent spécifique au sein du CSST par famille	68 %
Possibilité d'appeler une personne du CSST 24h/24	74 %
Réunion d'information ou éléments de formation pour les familles	100 %
Soutien technique aux familles :	100 %
Dont (plusieurs réponses possibles) :	
Visite à domicile en situation normale <i>(dont visites hebdomadaires ou tous les 10 jours)</i>	95 % <i>(69 %)</i>
Visite à domicile en situation de crise	89 %
Contacts téléphoniques	89 %
Soutien psychologique aux familles	53 %
Soutien matériel aux familles	26 %
Dossier de suivi des familles d'accueil	37 %
Ressource d'hébergement-relais ou en interne en cas de rupture temporaire de l'accueil	100 %

18 réseaux sur 19 font des visites à domicile, à un rythme hebdomadaire pour les deux tiers d'entre eux (Tableau 8). Elles ont lieu une à deux fois par mois pour les autres réseaux.

Un quart des réseaux assure un soutien matériel aux familles, qui va de l'aide à l'aménagement d'un local au transport des accueillis ou encore à une aide financière en cas de problème non pris en charge par les assurances.

En cas d'accueil de mineurs, 4 centres sur 9 déclarent des visites à domicile de personnes extérieures au cadre des FA : assistante sociale, travailleurs sociaux, Protection Maternelle et Infantile, Aide Sociale à l'Enfance, parents ou éducateurs.

Tableau 9 – Procédures de suivi des personnes accueillies

Suivi par le CSST de rattachement (plusieurs réponses possibles)	
Par visite à domicile	95 %
Par téléphone	84 %
Au CSST	79 %
Préparation de l'après-séjour en famille (plusieurs réponses possibles)	
Accompagnement sur les lieux ressources par un professionnel durant le séjour	79 %
Séjours alternatifs*	42 %
À la fin du séjour par le CSST d'origine	26 %
Par des propositions d'orientation au téléphone	16 %

* Il s'agit pour la plupart de séjours en structure relais du CSST (26 %), et d'autres types de séjours (16 %) : sur le lieu d'origine, en appartement thérapeutique...

Choix des 4 réseaux pour la phase de terrain

À partir des questionnaires renvoyés par les réseaux, 4 réseaux ont été retenus pour faire l'objet d'une évaluation spécifique et approfondie, à partir de critères définis et validés lors de la réunion de présentation du projet aux CSST.

3 centres ont refusé de participer à cette étude approfondie :

- Centre Point Marseille (Marseille, 13) ;
- Centre Alter Native (Mulhouse, 68), précisant un fonctionnement insuffisant du dispositif ;
- Centre Jonathan (Villefranche-sur-Saône, 69).

Les 4 centres retenus pour la phase de terrain sont les suivants :

- Centre ALT (Troyes, 10) ;
- Centre Point Virgule (Grenoble, 38) ;
- Centre la Porte des Allemands (Metz, 57) ;
- Centre Chimène (Issy-les-Moulineaux, 92).

Les centres ont été retenus sur les critères suivants :

ALT (Troyes)	<ul style="list-style-type: none">- parmi les réseaux les plus récents- en 1999, 7 FA sur la base de 5 places agréées et accueil de 7 personnes- accueil de personnes seules ou avec enfants, et de personnes sevrées- référent spécifique par famille- comptabilité spécifique
Point Virgule (Grenoble)	<ul style="list-style-type: none">- réseau le plus récent- en 1999, 10 FA sur la base de 5 places agréées et accueil de 11 personnes- accueil de personnes seules ou alcool-dépendantes, et de personnes en rupture avec le milieu d'origine et de sous-mains de justice- référent spécifique par famille
Porte des Allemands (Metz)	<ul style="list-style-type: none">- parmi les réseaux les plus anciens et les plus gros- en 1999, 25 FA sur la base de 14 places agréées et accueil de 62 personnes- diversité d'accueils- pas de référent spécifique par famille- réseau décentré par rapport au CSST de rattachement- comptabilité spécifique
Chimène (Paris)	<ul style="list-style-type: none">- dans la moyenne en termes d'ancienneté et du nombre d'accueillis- en région parisienne- en 1999, 11 FA sur la base de 15 places agréées et accueil de 21 personnes, donc faible turn-over- accueil de personnes seules ou avec enfants. Essentiellement des personnes en cours de sevrage ou sous substitution- pas de référent spécifique par famille- comptabilité spécifique

Tableau 10 – Principales caractéristiques des 4 réseaux retenus

		Ancienneté	Habitat	Taille du réseau en 1999			
				Nombre de places agréées	Nombre d'usagers accueillis	Nombre usagers accueillis/nb places agréées	Nombre de familles dans le réseau*
1	ALT (Troyes)	8 ans	Rural isolé et ville moyenne	5	7	1,40	7
2	Point Virgule (Grenoble)	3 ans	Rural isolé majoritaire	5	11	2,20	10
3	Porte des Allemands (Metz)	23 ans	Rural isolé majoritaire	14	62	4,43	25
4	Chimène (Paris)	11 ans	Rural isolé majoritaire	15	21	1,40	11

* Au moins un usager accueilli en 1999.

	Principales personnes accueillies	Situation des personnes accueillies	Position par rapport au CSST	Profil principal de l'équipe	Référent spécifique pour les familles	Comptabilité spécifique
1	* personnes seules * personnes seules avec enfant	* sous substitution * sevrées	À proximité	Équipe affectée ETP total = 1,55 ETP spécifique = 32 %	Oui	Oui
2	* personnes seules * personnes alcoolo-dépendantes	* rupture avec le milieu d'origine * sous-main de justice	À proximité	Équipe affectée ETP total = 1,6 ETP spécifique = 0 %	Oui	Non
3	* Personnes seules * personnes seules avec enfant * mineurs * toxicomanes avec handicap physique	* sous substitution * sevrées * au cas par cas	Plutôt décentré*	Équipe spécifique ETP total = 3,7 ETP spécifique = 69 %	Non	Oui
4	* Personnes seules * personnes seules avec enfant	* en cours de sevrage * sous substitution	Plutôt à proximité	Équipe affectée ETP total = 0,95 ETP spécifique = 0 %	Non	oui

* Dans le questionnaire, ce réseau est précisé comme étant « de proximité », mais il s'agit plutôt d'un réseau « décentré », les familles d'accueil étant dans le Lot et le CSST gestionnaire à Metz.

Les 4 centres ont des rapports d'activité, mais seuls 3 sur les 4 disposent d'éléments de comptabilité spécifique pour les personnels impliqués dans le réseau de familles d'accueil.

Phase de terrain

La phase de terrain comprenait la visite sur site avec :

- des entretiens avec les responsables et personnels des CSST de rattachement ;
- des entretiens avec les familles d'accueil : entretiens individuels et 1 entretien collectif ;
- des entretiens avec des usagers accueillis en famille, et si possible 1 ou 2 anciens accueillis.

Les entretiens ont été réalisés à partir de guides d'entretiens construits préalablement, présentés en annexe III. Les entretiens avec les différents acteurs abordaient des thèmes communs, de manière à croiser les informations et les opinions, mais également des questions plus spécifiques aux types d'acteurs. Les personnes enquêtées pouvaient refuser de répondre à certaines questions, de sorte que tous les thèmes n'ont pas été abordés avec l'ensemble des participants. Les thèmes exclus du commentaire ne sont pas nécessairement absents de la vie des personnes rencontrées. Ainsi certaines personnes ont probablement choisi de taire des éléments de leur relation passée, notamment au produit. D'autres ont eu du mal à parler de leurs difficultés et tensions rencontrées lors de leur séjour en famille.

Les visites sur site ont eu lieu entre le 15 juin et le 20 juillet 2000. Les centres ont été très coopératifs et se sont chargés de l'organisation des différents rendez-vous. Les équipes se sont montrées très disponibles. Nous avons été très bien accueillis.

Le tableau suivant récapitule les entretiens effectués dans chaque site, en dehors des discussions et entretiens avec les membres de l'équipe. Parmi les anciens usagers sont comptabilisées toutes les personnes qui n'étaient plus en famille d'accueil au moment de l'entretien ; pour certains, la fin du séjour était très récente (10 jours à 1 mois).

Tableau 11 – Entretiens réalisés dans les différents réseaux

	Familles vues en entretien individuel	Familles vues en entretien collectif	Usagers (dont anciens usagers)
1 ALT (Troyes)	3 ^o	3 ^o	4 (1)
2 Point Virgule (Grenoble)	5	5	6 (5)
3 Porte des Allemands (Metz)	5	4	9 (4)
4 Chimène (Paris)	2	0*	4 (3)
TOTAL 4 réseaux	15	12	23 (13)

* 1 seule famille est venue à l'entretien collectif, l'entretien a donc été individuel.

^o Mêmes familles, « étant donnée la taille du réseau ».

Les synthèses des entretiens dans les 4 réseaux sont présentées par type de personnes interrogées (personnels des CSST, familles et accueillis) en annexe IV.

Description des accueillis et des familles rencontrées

Tableau 12 – Caractéristiques des accueillis interrogés

	Sexe et situation de l'accueilli	Âge	Durée de l'accueil	Travail	1 ^{er} placement en FA	Structures où a déjà séjourné
1	Homme marié	42 ans	4 mois + 3 mois	Travail avec la famille : station service	Oui	Post-cure mais échec
2	Homme en couple, 1 enfant	23 ans	4 mois, fin de séjour	Travail avec la famille : viticulture	Oui	Essai de centre de soins, mais échec
3	Homme	20 ans	1,5 mois	Aide la famille	1 séjour en FA, mais pas pour toxicomane	
4	Homme	30-35 ans	3,5 mois + 3 mois	Aide la famille	Oui	
5	Homme	35 ans	8 mois + 2 mois	Travail avec la famille : garage	Oui	
6	Femme en couple avec 1 enfant		8 mois	Travail avec la famille : centre équestre	Oui	
7	Homme marié avec 1 enfant		7 mois	Travail avec la famille : élevage	Oui	Plusieurs cures de sevrage
	Sexe et situation de l'accueilli	Âge	Durée de l'accueil	Travail	1 ^{er} placement en FA	Structures où a déjà séjourné
8	Homme	22 ans	1,5 mois, fin de séjour récente	Travail avec la famille : élevage	Oui	10 ans de foyer
9	Homme	40-45 ans	4 mois	Travail avec la famille : station service	Oui	
10	Homme en couple	34 ans		Travail intermittent	Oui	Cure de sevrage en milieu hospitalier
11	Homme	24 ans	Séjour en cours	Travail régulier	Oui	Cure de sevrage en milieu hospitalier
12	Homme	30 ans	Séjour en cours	Travail régulier	Oui	
13	Homme en couple	28 ans	Séjour en cours	Travail régulier	Oui	Cure de sevrage en milieu hospitalier
14	Homme		6 mois, fin de séjour récente	Intérim	Oui	
15	Homme	40 ans	6 mois puis 4 mois, fin de séjour	Travail intermittent	Non (6 mois et week-end pendant 4 mois)	CSST Hospitalisations Post-cure
16	Femme	28 ans	3 semaines, fin de séjour récente	Secrétaire	Oui	
17	Homme, 1 enfant	36 ans		Non	Oui	CSST Post-cure
18	Homme en couple	32 ans	2 mois	Travail avec la famille : camping	Oui	CSST Post-cure
19	Homme	29 ans	4 jours		Oui	Hospitalisation psychiatrique
20	Homme	27 ans		Bricolage, jardinage	Oui	
21	Homme	32 ans		Non	Famille d'accueil ASE	Hospitalisation pour endocardite grave
22	Homme	39 ans		Non	Non	Appartement thérapeutique. Hospitalisation
23	Homme	19 ans	2 mois	Non	Oui	

Tableau 13 – Caractéristiques des familles d'accueil interrogées

	Profil de la famille	Enfant ou parent au domicile	Ancienneté de l'accueil	Activité	Remarques particulières
1	Couple	Non	13 ans	Station-service	En périphérie de ville
2	Couple	Non	7 ans	Élevage et gîte	
3	Couple	Parents	15 ans	Viticulteurs	
4	Couple	Non	5 ans	Elle au foyer, lui maçon	
5	Couple et fils marié	Non	15 ans	Garage	Fils qui reprend peu à peu l'accueil (travaille avec ses parents)
6	Couple	Parents	20 ans	Agriculteurs	
7	3 hommes au foyer	Père	5 ans	Élevage	
8	Couple	1 enfant	5 ans	Lui au foyer, elle travaille	Le mari travaillait avant avec de jeunes handicapés Accueil d'enfants DDASS aussi.
	Profil de la famille	Enfant ou parent au domicile	Ancienneté de l'accueil	Activité	Remarques particulières
9	Couple	Non	3 ans	Poulailler industriel	
10	Couple	Non	3 ans	Elle infirmière psy, lui sans emploi	Accueil d'handicapés aussi Lui s'occupe à plein temps des accueils
11	Couple	2 enfants	6 ans	Elle travailleur social, lui enseignant	En ville
12	Couple	Non	5 ans	Maraîchers	Leur fille vit en couple avec un des anciens accueillis
13	Homme séparé depuis peu	2 adolescents	8 ans	Agriculteur en montagne	
14	Couple	Non	5 ans	Camping	
15	Veuve	Non	3 ans	Assistante maternelle à domicile	Reçoit prioritairement des femmes avec enfants
16	Femme séparée depuis peu	1 adulte adopté récemment	9 ans	Ferme et accueil	Fils adoptif qui s'occupe de l'accueil avec elle
17	Couple	2 adolescents	Quelques mois	Illustrateurs travaillant à domicile	Famille d'accueil pour handicapés auparavant
18	Homme célibataire	3 enfants	3 ans	Gîte	
19	Couple	1 enfant	3 ans	Elle assistante maternelle, lui agriculteur	
20	Couple	2 enfants	3 ans	Elle animatrice, lui herboriste	
21	Couple	1 adolescent	7 ans	Lui industriel	
22	Couple	Non	2 ans	Professions paramédicales	
23	Couple	1 adolescent	7 ans	Lui industriel	Femme a fondé en 1999 une association d'aide aux toxicomanes
24	Couple	Non	2 ans	Professions paramédicales	

Recrutement et profils des familles

Recrutement des familles

Tous les centres ont des difficultés à recruter des familles d'accueil.

Le recrutement des familles se fait le plus souvent par cooptation. Les centres passent également des petites annonces dans la presse locale ou nationale (Télérama en particulier), dans des bulletins d'associations ou des journaux catholiques. 2 centres ont fait quelques reportages à la télévision ou des émissions de radio.

La phase de recrutement est longue : les centres procèdent en plusieurs étapes et prennent le temps entre les différents contacts. Le premier contact se fait par entretien téléphonique ou visite à domicile d'un ou deux membres de l'équipe. Il y a ensuite deux autres rencontres, dont au moins une a lieu au domicile de la famille afin de rencontrer tous les membres de la famille et de visiter les lieux. Quand la procédure est bien avancée et avant le premier accueil, un centre invite la famille à la réunion des familles d'accueil, un autre lui propose une séance de formation (présentation du CSST, HIV, pathologies, risques potentiels, traitements...).

Les centres insistent sur le fait que tous les membres de la famille doivent être partie prenante.

On retrouve dans les 4 centres la plupart des critères théoriques de sélection des familles définis par l'ensemble des centres. Tous les accueillis que nous avons rencontrés sont logés dans une chambre indépendante, voire dans une caravane ou dans un studio aménagé dans la maison. Parmi les autres critères, les centres ont insisté sur :

- l'intégration des FA dans le tissu social local : la plupart des familles rencontrées paraissent d'ailleurs bien insérées et certaines sont actives au niveau local ;
- la capacité des FA à travailler en équipe avec le centre (largement évoquée) ;
- la qualité d'écoute des FA, leur disponibilité, leur capacité d'adaptation et leur capacité à poser un cadre structurant sont également apparues comme des éléments majeurs, de même que l'équilibre et la stabilité de la famille ;

Un des centres a souligné l'intérêt de recruter des familles qui aient une activité dans laquelle puisse s'inscrire la personne accueillie : on retrouve d'ailleurs ce profil de familles sur le terrain (station-service, agriculture...).

Parmi les critères d'exclusion des familles, les personnels des CSST rencontrés ont surtout insisté sur la fragilité de la structure familiale, la motivation exclusivement financière de certaines familles, le manque d'adhésion aux objectifs du centre et un problème de dépendance d'un membre de la famille à l'alcool ou un produit illicite.

Profil des familles

On retrouve une tradition d'accueil dans plusieurs familles : accueil de personnes handicapées ou d'enfants en difficulté dans certains cas, accueil de stagiaires ou de saisonniers dans d'autres.

Les FA qui accueillent aussi des personnes handicapées ou des enfants en difficulté le font soit successivement, soit en même temps (elles ont alors remarqué que l'usager s'occupe de la personne handicapée et trouve ainsi une place dans la maison). Par rapport aux autres réseaux de familles d'accueil (handicap ou aide sociale à l'enfance), les caractéristiques du choix des familles n'ont rien de spécifique : intégration de la FA dans le tissu social local, capacité à travailler en équipe, bon sens, qualité d'écoute, stabilité, famille solide, disponibilité...

Dans un centre, des enfants de FA ont repris l'accueil, une fois devenus adulte et installés.

Les profils de FA sont différents selon les centres : FA traditionnelles dans 2 centres (voire très traditionnelles dans un centre où vivent souvent plusieurs générations sous le même toit), plus atypiques ou « marginales » dans les 2 autres (un couple d'homosexuels, un couple avec une femme connaissant des problèmes d'éthylisme...).

À aucun moment parmi les familles rencontrées, nous n'avons senti que l'argument pécuniaire ou la recherche de main d'œuvre étaient mis en avant. Mais le défraiement proposé peut avoir de l'importance dans le budget familial.

Recrutement et profils des accueillis

L'accueil en FA s'inscrit dans une démarche thérapeutique globale et constitue une étape dans un parcours dont l'objectif et la spécificité sont de permettre une prise en charge individualisée.

Le dispositif est très hétérogène. Cette variété représente une souplesse qui porte à la fois sur les modalités de recrutement et les profils de personnes accueillies. Elle traduit également la complexité du dispositif et la difficulté à schématiser le fonctionnement des différents centres.

Origine des personnes accueillies

- En grande majorité, les 4 centres accueillent en FA des usagers de leur propre CSST et des usagers venant d'autres CSST. Quelques accueillis viennent aussi d'associations de lutte contre le sida, du système sanitaire au sens large ;
- Les profils des personnes accueillies sont très variés : personnes sous substitution, personnes sevrées ou en cours de sevrage, personnes en rupture avec le milieu d'origine, sous-main de justice... Les 4 centres accueillent essentiellement des personnes seules et des personnes seules avec enfant (3 centres sur 4). Un centre accueille beaucoup plus de personnes HIV que les autres.

Motifs de refus

Les motifs de refus sont très proches dans les 4 centres :

- problèmes psychiatriques importants (cité par les 4 centres) ou trop lourds à gérer en ambulatoire ;
- patients trop déstructurés ;
- patients présentant des éléments pathologiques pouvant déstabiliser une famille ;
- consommation active ;
- violence ;
- personnes incapables d'être en relation ;
- personnes qui sont tout le temps dans la revendication et qui ont du mal à se positionner face aux autres.

Dans la pratique, des personnes présentant des pathologies lourdes sont prises en charge en FA : personnes au stade sida, une personne en attente de greffe cardiaque...

Modalités de recrutement

La demande doit venir de l'utilisateur, mais le dispositif est aussi proposé à ceux qui ne le connaissent pas. Les modalités de recrutement varient selon les centres :

- Le « candidat » a plusieurs entretiens téléphoniques avec le CSST, puis il rencontre la famille hors de la présence d'un membre de l'équipe, au CSST ou à l'hôpital. Si ça peut marcher, l'utilisateur signe un contrat sur les droits et devoirs de chacun, contrat qui sera signé tous les mois ;
- Dans un autre centre, les personnes extérieures au centre doivent écrire un courrier en expliquant leurs motivations et en précisant un référent dans leur CSST d'origine, puis venir 3 jours sur place (entretiens avec la psychologue, l'éducatrice, construction du dossier et rencontre de la FA...). Si l'accueil se concrétise, le contrat est lu à l'utilisateur et à la famille au CSST pour pouvoir être discuté et éventuellement modifié ;
- Dans un autre centre, les « candidats » doivent écrire au directeur du CSST et venir au CSST pour discuter de leurs motivations avec l'éducatrice chargée des FA, préparer leur dossier si un séjour est envisageable (dossiers social et judiciaire, papiers d'identité, sécurité sociale...) et passer une visite médicale obligatoire. Le contrat est signé avant d'avoir rencontré la FA (une copie sera donnée à la FA), puis au bout du 1^{er} et 4^e mois si le séjour se poursuit ;
- Dans le dernier centre, l'accueil se fait par un psychologue. Chaque accueilli a un psychologue référent, qui l'oriente selon ses besoins.

Adéquation FA-accueilli

L'un des principaux apports du dispositif est de proposer une prise en charge individualisée. Cette individualisation passe par le choix de la famille qui « convient le mieux » à une personne donnée, compte tenu de sa situation à un moment donné. Le dispositif est donc très malléable.

L'adéquation FA-accueilli n'est pas facile à décrire car elle prend en compte une part de subjectivité. Elle repose néanmoins sur des éléments objectifs : profil de la famille et présence d'enfants, situation et caractéristiques de la personne accueillie, type d'activité (en particulier existence de rapports commerciaux), proximité par rapport à la ville... Cette adéquation est d'autant plus difficile que toutes les familles ne sont pas disponibles pour accueillir quelqu'un toute l'année (famille déjà accueillante, repos entre 2 accueils...). En plus, certains centres ont peu de FA, ce qui limite la recherche d'adéquation.

- La période de Noël a été évoquée à plusieurs titres. D'une part, certains usagers souhaitent des accueils de quelques jours sur cette période et certaines familles font ce type d'accueil. D'autre part, nous avons rencontré une famille qui demandait à ne pas avoir d'accueilli sur cette période, même pour un accueil en cours. Il y a donc une famille-relais pour la personne accueillie pour couvrir cette période.

Enfin, plusieurs familles ont souligné la difficulté de commencer un accueil à cette période, difficile à vivre pour certains accueillis (famille, consommations plus importantes...).

- Certaines FA sont « polyvalentes » par rapport au profil d'accueilli potentiel, d'autres accueillent plutôt un certain type de personnes. C'est le cas des familles monoparentales pour lesquelles on observe le plus souvent les situations suivantes : pas de filles accueillies par des hommes seuls, que des filles ou mères avec enfants ou hommes jeunes chez des femmes seules... Par ailleurs, plusieurs FA ne souhaitent accueillir que des garçons pour différentes raisons : les enfants de la famille sont des garçons, le milieu est plus masculin (garage, station-service, agriculture...), la présence d'une fille interfère avec le domaine réservé de la grand-mère dans la maison, ou encore l'accueil a mal marché ou moins bien marché avec des filles. À l'inverse, certaines familles conviennent plutôt mieux à l'accueil de filles. L'existence de rapports commerciaux est également prise en compte dans le choix de l'accueilli. Enfin, certaines FA ont une plus grande capacité à supporter les cas difficiles.
- Dans trois des quatre centres étudiés, les binômes famille-accueilli nous ont paru justifiés, le choix de la famille reposant sur des critères objectifs et des éléments de bon sens. Dans un centre, certaines adéquations peuvent susciter des questions : un séjour dans une FA qui élève des chiens pour un patient porteur d'une endocardite non stabilisée (risques infectieux ou de décompensation cardio-vasculaire), une femme enceinte présentant une grossesse pathologique qui nécessite un suivi médical adapté à laquelle on propose un séjour en habitat rural isolé en pleine campagne à plus de 30 km d'un centre de soins.

Durées des séjours

Les durées de séjour sont très variables au sein d'un même centre, afin de proposer des prises en charge individualisées, répondant le mieux possible aux besoins d'une personne.

Généralement, la durée du séjour n'est pas fixée à l'avance. Elle se décide en fonction de l'évolution du séjour et de la situation de l'accueilli, en accord entre le centre, l'accueilli et la famille. Certains centres fonctionnent sur le principe suivant : départ pour un mois, avec possibilité de renouveler 2 fois (donc séjours de 1, 4 ou 7 mois dans un centre ; de 1, 4 ou 9 mois dans un autre, mais grande souplesse dans la pratique). Il n'y a pas vraiment de durée minimale, mais une durée maximale.

Fonctionnement et suivi

Composition des équipes intervenant dans le cadre des FA

Dans tous les centres, les équipes sont pluridisciplinaires et très qualifiées (qu'il s'agisse de personnel employé spécifiquement pour l'activité « famille d'accueil » ou de personnel affecté) et comprennent au moins un responsable, un éducateur, un médecin, un psychiatre ou un psychologue et un secrétariat. Se greffe à cette équipe, un réseau de partenaires mis en place par chaque équipe et sur lequel elle s'appuie en cas de besoin : alcoologue, assistante sociale, superviseur, médecin généraliste, pharmacien, services hospitaliers...

Modalités de suivi et d'animation

- Des visites dans les familles avec rencontres des familles et des accueillis ont lieu une fois par semaine dans 3 centres. Le quatrième centre adopte un suivi hebdomadaire par téléphone et une visite mensuelle sur place du fait de l'éloignement des FA (plus de 200 km). Les familles apprécient la visite hebdomadaire. Elles sollicitent des visites plus fréquentes dans le centre où elles n'en bénéficient pas. Le suivi par téléphone peut être insuffisant en cas de pathologie lourde chez l'accueilli (manque d'accompagnement des familles).
- Tous les centres organisent une rencontre collective des familles et de l'équipe, à des fréquences variables : tous les trimestres, tous les semestres ou tous les ans. Certaines souhaiteraient plus de place pour les échanges entre FA et moins de théorie lors de ces réunions. Les FA ressentent en effet le besoin d'échanger leurs expériences avec d'autres familles, en particulier lorsqu'elles ont vécu des expériences difficiles ou des échecs avec des accueillis. Mais elles jugent le rythme des réunions très suffisant du fait des contraintes de déplacement.
- Le fonctionnement des centres évolue avec l'expérience de chacun et l'expérience des autres centres. L'évolution la plus marquée de ces dernières années est l'augmentation du temps passé par personne accueillie : plus d'accompagnement, plus d'actes, en particulier du fait des traitements des hépatites. À noter également le développement d'actions périphériques à l'accueil, comme la rencontre et l'accompagnement des parents des accueillis pendant le séjour, la mise en place d'un partenariat avec d'autres professionnels et les relations avec ces partenaires...

Soutien en cas d'urgence

- Les familles ont la possibilité de laisser un message ou de contacter un éducateur 24h/24 tous les jours de l'année, officiellement dans 3 centres, officieusement dans le 4^e (c'est-à-dire que ce n'est pas annoncé aux familles, mais les familles qui ont eu des difficultés le week-end ont toujours réussi à joindre quelqu'un). Dans deux centres, il existe de vraies astreintes. En pratique, les équipes déclarent être très peu appelées dans l'urgence, et en tout cas jamais pour des situations qui ne nécessitaient pas une intervention d'urgence. La possibilité de joindre un membre de l'équipe en cas d'urgence apparaît comme un élément indispensable dont les familles n'abusent pas.

Suivi des familles

- Toutes les familles soulignent l'importance du soutien apporté par l'équipe. Plusieurs soulignent qu'elles arrêteraient l'accueil sans ce soutien. Certaines n'auraient pas choisi d'être FA sans ce soutien.
- L'équipe doit trouver un juste équilibre : d'une part, faire preuve de beaucoup de vigilance et d'une capacité de réaction très rapide en cas de problème, et d'autre part, ne pas être trop présente pour ne pas « professionnaliser » les FA. Les choses se construisent avec le temps, du fait d'une auto-évaluation permanente des équipes à partir des rapports d'activité, des expériences rencontrées, des échanges avec les familles...

Formation des familles

- Les tactiques des réseaux apparaissent différentes par rapport à la formation des familles : formation avant l'accueil dans un centre, pas de formation mais informations informelles au cas par cas, formation/information au cours des réunions de rencontre des familles et distribution de documents écrits dans les autres centres.
- Il s'agit le plus souvent d'une auto-formation des FA et des équipes au cours du temps, selon un processus de recherche-action.

Logement et modalités d'accueil

- Le critère principal est que l'accueilli ait un espace à lui, c'est-à-dire au moins une chambre indépendante. En pratique, les accueillis sont assez souvent logés de complètement indépendante, en studio (aménagé dans une partie de la maison) ou dans une caravane...
- La règle principale posée par les familles à l'arrivée est que l'accueilli suive le rythme de la famille, en termes de repas et de sommeil, ce qui n'est pas facile au départ étant donné l'état des personnes à leur arrivée en famille d'accueil. Pour le reste, chaque famille définit ses propres règles en fonction de ses attitudes, de son style de vie (par rapport à la cigarette en particulier...).
- Les FA présentent les accueillis comme des amis ou stagiaires, seule la famille et, dans certains cas, les amis proches sont au courant. L'accueilli peut parler de sa situation s'il le souhaite.

Gestion des traitements

- Il n'y a pas de consigne de la part des centres et c'est souvent géré au cas par cas. Deux types de FA se distinguent : celles qui ne gèrent jamais le traitement (elles ne veulent pas que le traitement interfère dans la relation avec l'accueilli, souvent à la suite d'une expérience malheureuse) ; celles qui décident au cas par cas par rapport à la demande de l'accueilli. Un des centres porte une attention particulière lorsqu'il s'agit de méthadone et distribue aux FA des boîtes fermant à clé (sécurité par rapport aux enfants de la FA, notamment). Deux types d'accueillis se distinguent également : ceux qui sont autonomes par rapport à leur traitement et n'en parlent pas à la FA, et ceux qui demandent à la FA de le gérer (souvent pour se protéger).

Gestion des produits

- Il n'y a pas de consigne de la part des centres, même si l'interdiction figure dans le contrat. Les FA ne se rendent pas compte souvent des consommations des accueillis. Lorsqu'elles s'en rendent compte, il y a souvent discussion la première fois, mais pas de rupture de contrat. Il y a une grande tolérance par rapport au cannabis dans un centre.

Alcool

- Il n'y a pas de consignes des centres, même si l'interdiction de consommer ou la consommation limitée d'alcool figurent dans le contrat signé par les accueillis. Les FA ont des attitudes très variées sur ce point : certaines ne changent pas leurs habitudes, la bouteille est sur la table, certaines mettent l'alcool sous clé...
- Le problème du secret médical par rapport aux pathologies des accueillis a été évoqué dans un centre : certaines FA pensent qu'elles devraient être informées par le centre.

Interférence de l'accueil avec la présence de personnes âgées

- Dans plusieurs FA, les grands-parents vivent sous le même toit. Ils jouent un rôle important, en ayant des rapports particuliers et parfois « décisifs » avec l'accueilli. Dans ces FA, la disparition des grands-parents modifie l'accueil.

Évaluation des résultats

- Plusieurs centres ont noté une divergence de perception sur ce qu'est un accueil réussi pour une famille et pour un centre. En effet, il semble que les FA aient un plus haut niveau d'exigence que les centres. Elles ont tendance à juger de la réussite d'un accueil sur sa durée, le fait d'avoir un travail à la sortie, d'arrêter le traitement de substitution. Ainsi les séjours courts ou les départs prématurés pour emploi, logement sont parfois vécus comme des échecs. Les centres ont un gros travail de préparation des FA sur les points suivants : faire comprendre aux familles qu'un court séjour n'est pas forcément négatif et peut constituer « un bout de chemin » important pour certains accueillis, les préparer aux départs des accueillis (plus mal vécus avant que maintenant).
- Le besoin de reconnaissance transparaît dans le discours de certaines familles : de la part des pouvoirs publics, mais aussi des usagers.
- Dans le centre où les FA sont suivies par téléphone, certaines FA décrivent un vécu positif des accueils. Mais, quand on rentre dans les faits, elles décrivent des vols importants, des overdoses, de la violence domestique. Ces discours traduisent-ils une discordance entre le vécu et la réalité quotidienne ?

Opinion des anciens usagers

L'opinion des anciens usagers est importante car ils ont plus de recul sur leur passage en FA et la possibilité de juger ce séjour dans une trajectoire plus complète.

Pour tous, les principaux avantages de l'accueil en famille sont d'une part d'offrir une prise en charge individualisée et de les isoler des autres toxicomanes et des produits (à l'inverse des post-cures), et d'autre part de leur permettre de reprendre un rythme de vie « normal », avec des horaires et des repas réguliers. L'accueil en FA leur permet aussi de retrouver confiance en eux, de retrouver des relations et des contacts avec les autres personnes, d'apprendre à vivre sans produit... Plusieurs soulignent le fait de ne pas être « étiquetés toxicomanes », mais la difficulté de se retrouver seuls face à eux-mêmes.

Parcours des personnes accueillies en famille

Une grille résumant les parcours des personnes accueillies en famille que nous avons rencontrées, en distinguant les anciens accueillis, des accueillis au moment de l'enquête, est disponible sur demande à l'OFDT. S'agissant d'entretiens en face-à-face menés à partir d'une grille prédéfinie, nous ne disposons pas de toutes les informations pour toutes les personnes.

Pour les anciens accueillis, nous disposons d'une trajectoire plus complète et d'un certain recul. Pour la plupart de ceux que nous avons rencontrés, la situation s'est améliorée aussi bien sur le plan familial que social et professionnel. Quasiment tous avaient quitté la FA avec une situation planifiée pour la suite, au moins à court terme : emploi ou formation, place en appartement thérapeutique ou en foyer ou appartement indépendant. Ils sont le plus souvent complètement sevrés, même s'il y a parfois eu des rechutes et des parcours chaotiques. La plupart considèrent qu'ils ont retrouvé une vie « normale » et que le séjour en FA a été un élément-clé dans cette trajectoire : il leur a surtout permis de retrouver un rythme de vie et une vie familiale et sociale, d'observer un mode de vie et de confronter la famille idéale rêvée à une famille réelle.

L'analyse des parcours des personnes accueillies est difficile lorsque le séjour est en cours. On a l'impression qu'il y a une vraie période d'adaptation de l'accueilli dans la FA qui dure généralement de 2 à 4 semaines. Ensuite le travail entre l'accueilli et le centre peut commencer. C'est un travail de fond qui perdure tout au long du séjour et s'attache à reconstruire et comprendre la trajectoire de la personne et à construire la suite, en fonction du contrat thérapeutique, des projets de l'accueilli et de son évolution. La plupart du temps, les accueillis, les familles et les équipes des CSSST intervenant sur le terrain nous ont parlé d'évolutions positives au cours du séjour, à des rythmes plus ou moins rapides selon les personnes. Cette évaluation était impossible de notre part dans une enquête transversale.

Analyse économique du dispositif

L'analyse économique du dispositif « famille d'accueil » a concerné 3 centres : Chimène (Issy-les-Moulineaux), Porte des Allemands (Metz) et Accueil Liaison Toxicomanie (Troyes). Ces centres ont été sélectionnés selon deux critères : le volontariat et l'existence d'éléments de comptabilité spécifiques pour l'activité considérée.

Méthode

L'analyse économique a consisté à confronter les coûts (= les dépenses) du dispositif avec les indicateurs d'activité pertinents (nombre de journées par exemple).

Évaluation des coûts

Dans un premier temps, il a été procédé à l'évaluation des coûts de l'activité « Famille d'accueil » pour l'année 1999. Cette évaluation a été réalisée à partir des éléments de comptabilité générale et/ou de comptabilité analytique fournis par les centres. Nous avons également eu des entretiens avec les 3 directeurs pour analyser et comprendre les chiffres produits. Cette analyse ne saurait cependant être confondue avec un audit financier dans la mesure où aucun contrôle des estimations/données fournies par les centres n'a été réalisé (à l'exception de quelques vérifications de cohérence interne par confrontation avec les données des rapports d'activité).

Les dépenses liées à la mise en œuvre de l'activité « Famille d'accueil » sont de deux types :

- les dépenses directement associées à l'activité qui sont comptabilisées dans un compte spécifique. Il s'agit par exemple des prestations versées aux familles ou des charges salariales des personnes employées exclusivement dans le cadre de cette activité. Leur évaluation ne pose évidemment aucun problème ;
- la quote-part des dépenses de structure centrales imputables à l'activité « Famille d'accueil ». Il s'agit par exemple des parties des charges salariales, des loyers, des charges d'entretien du centre qui devraient logiquement être imputées à l'activité considérée. Cette phase de l'analyse est celle qui a soulevé le plus de difficultés. Dans le meilleur des cas, nous disposons d'estimations produites dans le cadre de la préparation du budget prévisionnel comme, par exemple, la quote-part des charges en personnel du centre imputables à l'activité « Familles d'accueil » (Issy-les-Moulineaux). Dans un autre centre, le seul indicateur disponible était le ratio « dépenses spécifiques famille d'accueil/dépenses totales du centre » (Troyes). Sur la base de ces éléments, une première répartition des dépenses de structure centrale du compte de résultat a été opérée (famille d'accueil/autres activités du centre). Des corrections étaient apportées par la suite dans le cadre des entretiens que nous avons eus avec les directeurs des centres.

Indicateurs d'activité

L'activité « Famille d'accueil » est généralement évaluée au moyen de deux indicateurs :

- le nombre de séjours (ou de personnes placées) ;
- le nombre total de journées réalisées.

Dans l'idéal, il conviendrait d'associer les deux. Dans la pratique, il convient d'opérer un choix même si celui-ci est forcément réducteur.

L'indicateur « nombre de séjours » semble devoir être abandonné ici de par la non prise en compte de la durée des séjours (1 séjour d'1 journée = 1 séjour d'1 mois). Reste donc l'indicateur « nombre de journées réalisées ». Celui-ci présente en effet l'avantage d'associer les dimensions nombre de séjours et durée de séjour. L'inconvénient de cet indicateur est qu'il ne permet pas de discriminer entre une activité faite de séjours courts et nombreux (100 séjours de 5 jours par exemple) et une activité constituée de séjours longs et peu nombreux (5 séjours de 100 jours par exemple). Si le montant des indemnités versées aux familles reste inchangé, on imagine bien que la charge de travail pour le centre n'est pas du tout la même. C'est pour cette raison notamment qu'il conviendra de rester très prudent en ce qui concerne l'interprétation et la portée des résultats économiques présentés ci-après.

Résultats

Activité des centres

Une synthèse de l'activité « famille d'accueil » des 3 centres considérés est présentée dans le tableau suivant :

Tableau 14 – Indicateurs d'activité des 3 centres en 1999

	Centre Chimène (Issy-les-Moulineaux)	Porte des Allemands (Metz/Luzech)	ALT (Troyes)
Nombre de personnes toxicomanes accueillies	27	62	7
Nombre d'enfants accompagnants	2	9	0
Nombre de journées (personnes toxicomanes)	1 703	3 752*	629
Nombre de journées (enfants)	392	106	0

* Dont 805 journées d'hébergement au bureau à Luzech (Lot) ou suivi insertion dans la région ; ne sont pas comptabilisées les 102 journées d'hébergement au bureau pour l'entourage familial de l'accueilli (pour des raisons d'homogénéité des données).

Le centre de la Porte des Allemands est celui qui se caractérise par la plus forte activité (environ deux fois celle du centre Chimène). L'activité du centre ALT vient loin derrière.

Dépenses pour l'année 1999

Les deux premiers tableaux ci-dessous présentent la répartition par principaux postes des dépenses attribuables à l'activité famille d'accueil pour les centres Chimène et de la Porte des Allemands.

Tableau 15 – Dépenses attribuables à l'activité Famille d'Accueil (Centre Chimène)

Poste	F	%
Achats	10 688	1
Services extérieurs	342 675	40
Autres services extérieurs	57 474	7
Impôts	119	0
Charges en personnel	320 977	37
Autres charges de gestion courante	40 000	5
Charges exceptionnelles	0	0
Dotations	110 000	13
Recettes en atténuation	- 26 104	-3
Déficit n-2	1 796	0
Total	857 624	100

Tableau 16 – Dépenses attribuables à l'activité Famille d'Accueil (Centre Porte des Allemands)

Poste	FF	%
Achats	45 860	2
Services extérieurs	594 124	28
Autres services extérieurs	104 634	5
Impôts	4 324	0
Charges en personnel	1 378 527	65
Autres charges de gestion courante	42 550	2
Charges exceptionnelles	990	0
Dotations	45 062	2
Recettes en atténuation	- 100 203	-5
Total	2 115 868	100

Compte tenu du manque d'informations, seules les dépenses spécifiques de l'activité famille d'accueil sont fournies pour le centre ALT (Troyes). Ces dépenses ne couvrent donc qu'une partie des dépenses attribuables à cette activité.

Tableau 17 – Dépenses spécifiques* de l'activité Famille d'Accueil (Centre ALT — Troyes)

Poste	FF	%
Achats	4 415	2
Services extérieurs	97 264	41
Autres services extérieurs	5 784	2
Impôts	5 519	2
Charges en personnel	112 593	47
Autres charges de gestion courante	120	0
Charges exceptionnelles	0	0
Dotations	11 693	5
Total	237 388	100

* Les chiffres présentés dans ce tableau ne concernent que les dépenses spécifiques de l'activité Famille d'Accueil et négligent donc les dépenses de structure centrale.

La seule différence notable entre les résultats des trois centres est la part plus importante des frais de personnels observée dans le centre de la Porte des Allemands (65 % des dépenses contre 37 % dans le centre Chimène et 47 % pour le centre ALT), liée à des choix faits par le centre, comme l'embauche d'un animateur sportif pour les stages de sport à dépassement.

Coût de revient d'une journée en Famille d'Accueil

La confrontation des données d'activité et des dépenses permet d'estimer le coût de revient d'une journée d'hébergement en famille d'accueil pour chacun des 3 centres. Afin de pouvoir comparer les données des 3 centres, les chiffres de Troyes ont été redressés sur la base du ratio dépenses spécifiques/dépenses totales attribuables à l'activité FA (soit 80 %) observé dans le centre de la Porte des Allemands.

Tableau 18 – Estimation du coût de revient d'une journée en Famille d'Accueil en 1999 (selon le centre)

	Centre Chimène (Issy-les-Moulineaux)	Porte des Allemands (Metz/Luzech)	ALT (Troyes)
Nombre de journées (1 journée enfant = 1/2 journée adulte)	1 899	3 805	629
Coût total de l'activité	857 624 FF	2 115 868 FF	295 324 FF*
Coût/journée en FA	452 FF	556 FF	469 FF

* Estimation.

Même s'il convient de rester extrêmement prudent quant à l'interprétation de l'estimation produite pour Troyes, on constate que, malgré des niveaux d'activité très différents, le coût d'une journée en famille d'accueil est relativement stable d'un centre à l'autre (entre 452 et 556 F). Le différentiel de coût observé à Metz s'expliquerait en partie par l'évolution récente de leur activité FA vers plus d'actions périphériques (suivis des familles d'origine, suivis d'hébergement au bureau ou suivis d'insertion, actions plus coûteuses que la famille d'accueil).

RÉPONSES AUX OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

Rappelons que le bilan de l'existant porte sur 19 des 20 réseaux de FA recensés au niveau national et en activité en mai 2000. L'enquête de terrain a concerné 4 de ces réseaux, choisis pour représenter la diversité du dispositif, et se composait d'entretiens avec les personnels des CSST, avec les familles et avec les accueillis (au moment de l'enquête et anciens accueillis).

Selon les termes de l'arrêté ministériel du 18 août 1993 relatif aux réseaux de familles d'accueil (FA) pour toxicomanes gérés par des centres de soins conventionnés, « l'accueil en famille a pour but de permettre la prise en charge de personnes toxicomanes dans un milieu qui leur donne la possibilité d'accéder à leur autonomie ».

L'accueil en famille est organisé par le centre conventionné spécialisé de rattachement, qui doit informer régulièrement le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales du nombre de personnes en FA et de l'évolution de leur accueil. Les FA doivent être situées dans un rayon de 100 km autour du centre de soins spécialisés de rattachement ou à une distance n'excédant pas 2 heures de trajet. Des dérogations sont accordées, mais elles demeurent exceptionnelles.

Les FA doivent être soigneusement choisies. Leur prise en charge doit conserver un caractère familial, ce qui signifie que les FA ne sont pas salariées du centre dont elles dépendent, même si elles reçoivent une indemnité journalière fixée par le préfet de département du centre, et qui a pour but de couvrir les dépenses en nourriture, blanchissage, éclairage, chauffage... Un règlement intérieur type existe et fixe les relations entre l'accueilli, la FA et le centre de soins.

La circulaire du 4 décembre 1987 relative aux familles d'accueil en toxicomanie a pour but de « préciser les caractéristiques, les objectifs et le fonctionnement de la prise en charge des toxicomanes par des FA ».

En ce qui concerne les réseaux

Genèse

Le réseau le plus ancien date de 1976 et le plus récent de 1997. Mais il y a en fait peu de réseaux récents, les derniers créés correspondant souvent à la reprise sous une forme différente d'associations qui s'occupaient déjà de FA.

Deux incitations majeures ont présidé à la constitution de réseaux de FA : la nécessité d'un accueil avec hébergement individualisé favorisant un temps de rupture et l'intérêt thérapeutique de ce type de séjour. L'incitation des DDASS et l'implantation géographique positive pour ce type de démarche sont plus rarement citées.

Le séjour en FA s'inscrit dans une démarche thérapeutique globale. C'est une étape dans un parcours, un outil dans une trajectoire, et pas une fin en soi. « C'est un lieu privilégié d'accompagnement individualisé qui permet une grande souplesse dans la prise en compte des personnes d'âges et de profils très différents » : cette citation d'un responsable de réseau résumé bien la réalité observée sur le terrain.

Le mode d'accueil est très malléable, puisqu'il permet une individualisation maximale, en particulier en recherchant la famille qui convient le mieux à une personne, une situation et un moment donnés.

Les objectifs sont le plus souvent de l'ordre du soin : il faut prendre en compte la personne toxicomane dans sa globalité, donc sur les plans physique, psychique et social. L'essentiel est de prendre en compte la personne « là où elle en est » et de l'accompagner dans le respect de « ce qu'elle est » dans la démarche entreprise de se départir de sa toxicomanie pour faire un choix de vie à plus long terme. Les objectifs ont peu évolué depuis la création des réseaux, mais les réseaux les plus anciens ont dû prendre en compte de nouveaux éléments comme la substitution, le nombre croissant de toxicomanes présentant des troubles psychiatriques, le traitement des hépatites C... Ces éléments ont engendré pour les équipes des CSST, une augmentation du temps passé par accueilli, du nombre d'actes et du temps d'accompagnement.

En fait, le dispositif a évolué et s'est construit avec l'expérience de chaque réseau, chaque réseau tirant partie de sa propre expérience ou de celle de réseaux plus anciens pour mettre en place de nouvelles procédures. Nous avons pu relever sur le terrain que le dispositif évolue en permanence, certains points se sont formalisés au cours du temps et que de nouveaux services ont été mis en place dans certains centres : proposition d'un service de « suite » quand l'accueilli a quitté la FA dans un centre, « accompagnement » proposé aux parents de l'accueilli pendant le séjour, ou encore des stages sportifs de dépassement proposés aux accueillis dans un contexte très encadré et avec des objectifs très précis.

Modalités de fonctionnement, objectifs recherchés, place des FA dans le dispositif, critères retenus pour l'affectation en FA, durée des séjours

Le dispositif est très hétérogène, et présente une grande souplesse et une grande variété, à la fois dans les profils des personnes accueillies, les durées de séjour, l'objectif des séjours, mais aussi les modalités de fonctionnement du réseau.

- En termes d'activité, que ce soit en nombre de places agréées (variant de 0 à 16 selon les centres en 1999), de familles mobilisables (de 3 à 48) ou mobilisées (1 à 36), de personnes accueillies (de 2 à 62 en 1999) et de journées d'accueil (20 à plus de 4500). De fait, la taille des équipes intervenant dans le cadre des FA varie elle aussi fortement avec un ETP total allant de 0 à 7,5 selon les centres.
- En termes de fonctionnement : les équipes prenant en charge l'accueil en familles sont toujours pluridisciplinaires (directeur, éducateur, médecin, psychiatre) et disposent de formations poussées. Elles font appel si besoin à des partenaires extérieurs « habituels » (superviseur, assistante sociale, sociologue...) et ont souvent mis en place des partenariats privilégiés avec des professionnels ou des organismes locaux (alcoologue, médecins généralistes, pharmaciens, ORS, services hospitaliers...). Comme le prévoit la circulaire de 1987, le suivi des séjours prend de multiples formes en fonction des caractéristiques propres de chaque CSST : visites des familles à domicile, rencontre au CSST, points par téléphone, réunions... 18 réseaux sur 19 font des visites à domicile à un rythme hebdomadaire pour les deux tiers d'entre eux et une à deux fois par mois pour les autres réseaux. Cela traduit à la fois des philosophies et des contacts de natures différentes entre les principaux acteurs du dispositif, comme l'a confirmé notre étude dans les 4 centres : un des centres considère la FA comme un outil, son centre d'intérêt étant la personne accueillie, alors que dans les autres centres, c'est un triangle qui est évoqué, l'accueilli et la famille constituant les 2 centres d'intérêt. Outre le type de suivi, d'autres différences sont apparues dans le fonctionnement des centres : par exemple, le fait qu'il n'y ait pas forcément un membre de l'équipe joignable 24h/24, qu'il y ait plus ou moins de règles non écrites... De même, la gestion des suivis semble être laissée à l'appréciation de chaque CSST : dossier de suivi recensant chaque intervention pour certains, informations complétées après chaque placement seulement ou à une fréquence prédéfinie... Le montant de défraiement des FA varie lui-même dans des proportions importantes, de 75 F à 255 F selon les centres. Enfin, les centres prévoient le plus souvent des périodes de repos pour les familles entre deux accueils.

La circulaire précise également que les DDASS doivent rester « très étroitement associées à l'élaboration des protocoles de fonctionnement ». Dans la réalité, les DDASS reçoivent régulièrement les listes de FA. La fréquence et le contenu des autres contacts avec les responsables de réseaux sont variables selon les centres (compte rendu de l'activité « famille d'accueil » envoyé tous les mois, rencontres trimestrielles et information si situation grave majeure dans un centre, quasiment aucun contact dans un autre centre).

- En termes de profils et de situations des personnes accueillies : ces réseaux prennent en charge aussi bien des personnes seules que des couples, des personnes avec enfants ou des mineurs. De la même manière, il peut s'agir de personnes sevrées comme de personnes sous substitution, de personnes en rupture avec leur milieu familial ou encore de sous-mains de justice, donc de personnes ayant des profils médico-sociaux très divers. Nous avons retrouvé ces spécificités dans les différents réseaux, comme la présence beaucoup plus fréquente d'accueillis VIH et d'accueillis avec enfants dans un centre, la présence d'accueillis ayant tous un emploi dans un centre alors qu'il n'y en avait aucun dans un autre centre...

- En termes de durées de séjour ; celles-ci varient d'un centre à l'autre, mais aussi au sein d'un même centre, allant de quelques jours à plus de 9 mois en fonction de l'objectif du séjour et du profil de la personne. La durée d'un séjour n'est généralement pas fixée au départ, mais elle se décide en fonction de l'évolution de la situation et des points faits régulièrement entre le CSST, la famille et l'accueilli.

Les critères de refus d'affectation d'une personne en FA sont proches pour les différents centres et concernent essentiellement la présence de problèmes psychiatriques lourds chez l'accueilli (éléments pathologiques pouvant déstabiliser une famille, problèmes trop lourds à gérer en ambulatoire ou patients trop déstructurés), son comportement général et son incapacité à être en relation (violence, personnes qui sont tout le temps dans la revendication et ayant du mal à se positionner face aux autres) et une consommation active de produits illicites. Dans la pratique, il arrive que des personnes présentant des pathologies lourdes soient prises en charge en FA : nous avons rencontré une personne au stade sida et une personne en attente de greffe cardiaque.

Les principaux objectifs cités par les réseaux sont l'accueil de transition, les soins aux toxicomanes, l'accueil thérapeutique de longue durée et l'accueil pour réinsertion sociale. Ce mode d'accueil permet une prise en charge individualisée qui explique d'une part, la diversité des situations et des publics rencontrés et, d'autre part, la nécessaire souplesse en termes de fonctionnement (« principe de réalité »). Il permet aussi une insertion sociale et familiale.

Modalités de recrutement des FA, conditions et limites d'un accroissement des FA et des séjours

Le recrutement des familles se fait essentiellement par l'intermédiaire de familles d'accueil, du réseau de professionnels et par petites annonces. La plupart des centres ont défini des critères de sélection des familles. Ces critères, objectifs et subjectifs, concernent tant les exigences relatives à la vie quotidienne de l'accueilli (chambre indépendante indispensable, proximité géographique du CSST, intégration de la FA dans le tissu local, équilibre et stabilité de la famille...) qu'aux qualités humaines de la FA (cohérence, bon sens, écoute...) et à sa capacité à travailler en équipe avec le CSST. Des critères d'exclusion, comme la motivation exclusivement financière, la fragilité familiale ou l'intolérance ont également été définis. Nous avons retrouvé ces critères dans les quatre centres étudiés.

Selon la circulaire du 4 décembre 1987, c'est le CSST qui est « seul juge du choix de ses familles, car il est le seul à même d'évaluer véritablement les motivations de la FA et sa capacité à répondre à l'objectif assigné ». Néanmoins, le CSST doit communiquer la liste des FA à la DDASS et la tenir constamment informée de ses modifications. De plus, la DDASS « ne doit pas hésiter à exprimer ses réserves ou ses mises en garde motivées lorsqu'un choix lui paraît malencontreux ».

La définition de critères par les CSST apparaît indispensable et s'inscrit dans une démarche globale de prise en charge des toxicomanes. Les DDASS exercent sur les listes de FA le contrôle prévu par les textes en vigueur (il existe des familles sur « liste rouge » de la DDASS).

Pour la phase de recrutement, tous les réseaux procèdent en plusieurs étapes et prennent le temps entre les différents contacts : il y a plusieurs rencontres avec la famille, dont au moins une au domicile de la famille afin de rencontrer tous ses membres et de visiter les lieux. Tous les centres insistent sur le fait que tous les membres de la famille doivent être partie prenante.

Tous les réseaux se trouvent confrontés à deux problèmes importants : le recrutement de nouvelles familles et l'irrégularité des demandes d'admission. On observe par ailleurs une baisse du nombre de personnes prises en charge au cours des dernières années.

Si les modalités de recrutement des accueillis peuvent varier selon les CSST, l'accueilli doit s'engager auprès de la FA en signant un contrat, ainsi que le prévoit l'arrêté ministériel du 18 août 1993. Ce contrat définit un certain nombre de règles concernant le séjour en FA.

Un certain nombre de questions restent posées par rapport au fonctionnement du dispositif :

- À quels publics le dispositif est-il le plus adapté ? Quelles sont les indications les plus pertinentes pour les FA ?
- Que faire face à l'activité très faible de certains réseaux et aux irrégularités des demandes pour aller en FA (surcharge en été, peu de demandes en hiver) ? Un centre souhaiterait pouvoir échanger les FA avec des réseaux proches pour mieux réguler les demandes. Un centre suggère la création de FA en ville, qui répondraient à des demandes spécifiques : accueillis qui travaillent, ou séjour relais pour un second séjour en FA.
- Quelle est l'étape suivante après l'accueil en famille ? Ce serait l'appartement thérapeutique pour certaines personnes et un accueil en famille en ville pour d'autres (confrontation au risque accompagnée).

Évaluation du coût financier

5 réseaux sur 19 ne produisent pas de rapport d'activité.

Le coût de revient d'une journée en FA a été évalué pour 3 centres, à partir des éléments de comptabilité générale et/ou analytique fournis par les centres et d'estimations de certains paramètres après discussion avec les directeurs des centres. Notre travail ne s'apparentait donc nullement à un audit. Le coût d'une journée en FA a été estimé entre 450 et 550 francs selon les centres et apparaît peu dépendant du niveau d'activité du centre. Il serait donc très inférieur au coût d'une journée avec hébergement en CSST (estimé aux alentours de 800-850 francs par jour et par personne d'après des données de la DGS).

En ce qui concerne les publics accueillis

Évolution de la situation sanitaire, sociale, familiale et pénale

L'évolution de la situation des personnes en FA est difficile à « évaluer » lorsque le séjour est en cours. En revanche, l'analyse est intéressante pour les anciens accueillis pour lesquels on dispose d'une trajectoire plus complète et d'un certain recul par rapport au séjour, donc d'éléments à la fois objectifs et subjectifs plus fiables, même si l'échantillon des anciens accueillis rencontrés peut être biaisé de plusieurs manières (choix par les CSST, personnes restées en contact avec le CSST, personnes restées dans la région...). Pour la plupart des anciens accueillis rencontrés, la situation s'est améliorée que ce soit sur le plan familial, social ou professionnel : la majorité a quitté la FA avec une situation planifiée pour la suite (formation ou emploi, appartement thérapeutique ou place en foyer). Aujourd'hui, la plupart de ces personnes sont sorties de la toxicomanie, même si certaines ont connu des rechutes après leur séjour en FA et parfois des parcours assez chaotiques. Quasiment toutes ont gardé des contacts avec la famille qui les avait accueillis. Le séjour en FA est très souvent cité comme une étape clé de leur trajectoire, une « expérience de vie qui marque », même lorsque le parcours a été irrégulier ensuite.

À noter qu'un nombre infime d'accidents et de problèmes graves a eu lieu pendant les séjours en FA. Ce point est d'autant plus important que la population prise en charge (toxicomanes ayant des parcours familiaux, sociaux et parfois pénaux très chaotiques, souvent atteints de troubles psychiatriques) est particulièrement susceptible de vivre ou déclencher des événements graves (tentatives de suicide, overdoses, vols...).

Conditions de préparation à « l'après-séjour » et suivi ultérieur

15 réseaux sur 19 déclarent accompagner l'accueilli sur des lieux ressources pendant son séjour (ANPE, centres de documentation, partenaires locaux privilégiés des CSST...). 8 pratiquent des séjours « alternatifs » pendant le séjour en famille sous la forme de retour sur le lieu d'origine, de séjour en appartement thérapeutique ou dans des structures relais du CSST. 5 structures déclarent que l'après-séjour est préparé par le CSST d'origine en fin de séjour. Sur le terrain, les modalités de préparation de l'après-séjour sont variables : rencontre fréquente avec l'assistante sociale, constitution de dossiers administratifs et rédaction de courriers avec l'aide des éducateurs, accompagnement dans des lieux ressources... Il arrive aussi que les FA fassent intervenir leur réseau de connaissances pour aider l'accueilli.

9 réseaux sur 19 déclarent garder des contacts avec leurs anciens accueillis, mais les procédures ne sont pas formalisées. Sur le terrain, les équipes n'ont pas eu de difficulté à nous faire rencontrer d'anciens accueillis. Un des 4 réseaux étudiés a mis en place un « service de suite » pour les anciens accueillis qui le désirent et qui ont ainsi la possibilité de rencontrer les éducateurs.

Causes de départ des accueillis et motifs de refus d'un séjour en FA

Nous n'avons pas rencontré d'accueillis qui soient partis « prématurément » de la FA, c'est-à-dire que leur départ avait toujours été prévu et planifié : l'après-séjour était fixé (emploi, formation, logement...). Certains accueillis sont partis précipitamment lorsque l'après-séjour s'est décidé très vite, en trouvant du travail par exemple. D'après les centres, les causes de départ les plus fréquentes des accueillis sont une trop forte angoisse de l'accueilli, une transgression du contrat établi entre l'accueilli et le centre par rapport au séjour en FA (relation avec un ancien accueilli, consommation de produits...), et des départs volontaires. L'indisponibilité soudaine de la famille est très rare.

Perceptions des accueillis à l'égard du dispositif FA

Tous les accueillis rencontrés (anciens ou actuels) ont une appréciation positive du dispositif, sauf une personne pour qui la relation avec la famille s'est mal passée.

Pour tous, les principaux avantages de l'accueil en famille sont d'une part d'offrir une prise en charge individualisée et de les isoler des autres toxicomanes et des produits (à l'inverse des post-cures que certains accueillis ont connues avant leur séjour en FA), et d'autre part de leur permettre de retrouver des notions élémentaires et un rythme de vie (repas, sommeil...). Les CSST mettent en avant ces mêmes apports et insistent sur la notion de prise en charge par des non professionnels de la toxicomanie, qui permet de dire certaines choses, avec un discours plus spontané et plus direct, et repose sur le principe de réalité : « personne n'est parfait, ni l'accueilli, ni la famille, ni l'éducateur ». L'accueil en FA permet aussi aux accueillis de retrouver confiance en eux, de développer des relations et des contacts avec les autres personnes, et d'apprendre à vivre sans produit... Plusieurs soulignent le fait de ne pas être « étiquetés toxicomanes », mais la difficulté de se retrouver seuls face à eux-mêmes.

Deux autres éléments ont été soulignés à plusieurs reprises, aussi bien par les accueillis que par les familles et les CSST : il s'agit d'une part du rôle important des jeunes enfants et des personnes âgées dans l'accueil et d'autre part, de l'importance du contact avec les animaux et la nature.

Pour les familles d'accueil

CONDITIONS DE RECRUTEMENT, profil, motivations, formation, liens avec le CSST, suivi et soutien, échanges avec d'autres FA

Les conditions de recrutement des familles ont été évoquées précédemment. Quasiment toutes les FA rencontrées sont rurales ou semi-rurales (une seule en ville et une en périphérie de ville). La grande majorité des FA sont intégrées à la vie sociale ou associative de leur région et l'accueil est souvent une tradition familiale, qu'il s'agisse d'enfants en difficulté, de personnes handicapées, ou de stagiaires ou saisonniers. Les profils des FA étaient différents dans les 4 centres étudiés : il s'agissait de familles « traditionnelles » dans deux centres (couple avec enfants plus forcément au foyer, avec parfois les grands-parents sous le même toit), et de familles plus atypiques ou « marginales » dans les deux autres.

Une fois recrutées, les FA sont parfois formées avant l'accueil, ou bien bénéficient d'une formation informelle (réunions, conseils, distribution de documents écrits sur des thèmes particuliers...). Ceci n'est pas tout à fait conforme à l'esprit de la circulaire du 4 décembre 1987. En effet, celle-ci prévoit que « les exigences particulières de ce mode de prise en charge de la toxicomanie nécessitent la mise en place d'actions de formation destinées tant aux familles elles-mêmes qu'aux professionnels concernés ». La circulaire souhaite de plus que les DDASS, « dans le cadre des actions déconcentrées de formation, étudient avec les organismes formateurs dont elles ont la tutelle, la mise en place d'actions de formation adaptées aux besoins régionaux ». En fait, les FA bénéficient de peu de formations théoriques par rapport au public qu'elles accueillent. Il s'agit plutôt d'une auto-formation permanente, à la fois des FA et des équipes des CSST. D'ailleurs, les FA sont en contact avec les centres, même pendant les périodes où elles n'accueillent personne.

En ce qui concerne les modalités de suivi et d'animation, des visites sont organisées par les CSST au domicile des familles à un rythme souvent hebdomadaire (l'équipe en profitant alors pour rencontrer aussi l'accueilli) ainsi qu'un soutien téléphonique, des rencontres collectives entre familles etc. Ce dernier repose entièrement sur les CSST. Le travail en équipe entre FA et équipe du CSST est indispensable : chacun a ses propres spécificités et doit savoir rester à sa place. Ce point a été évoqué à la fois par les équipes des CSST et les familles. L'équipe doit trouver un juste équilibre : d'une part, faire preuve de beaucoup de vigilance et d'une capacité de réaction très rapide en cas de problème, et d'autre part, ne pas être trop présente pour ne pas « professionnaliser » les FA. D'ailleurs, toutes les familles soulignent l'importance du soutien apporté par l'équipe. Le fait que quelqu'un de l'équipe soit joignable 24h/24 tous les jours de l'année est capital pour les familles, même si dans les faits, les appels et les interventions dans l'urgence sont rares.

Tous les centres organisent des réunions de FA, à des rythmes différents (trimestriel, semestriel ou annuel). Le contenu de ces journées varie d'un centre à l'autre, mêlant le plus souvent des éléments de théorie et d'informations et des échanges entre les FA, la possibilité de pouvoir échanger leurs expériences étant un élément essentiel pour les familles.

Relations avec les accueillis, conditions et difficultés de l'accueil de couples, de personnes avec enfant, de personnes sous substitution, de personnes ayant des maladies infectieuses, de jeunes de moins de 18 ans

Toutes les FA sont d'accord sur la grande règle posée au départ, qui est de vivre au rythme de la famille : repas tous ensemble, lever à des heures correctes... Chaque FA fixe ensuite ses propres règles en fonction de son organisation et de son mode de vie. Les accueillis ne vont pas dans une famille pour apprendre son métier, mais pour « se retrouver », quelle que soit l'activité qui leur est proposée. Il s'agit en fait de tâches occupationnelles données par les FA aux accueillis qui ne travaillent pas. Ces FA ont souvent une activité qui permette aisément d'insérer la personne accueillie (agriculture, élevage, station-service...). Le sentiment d'être exploité n'a jamais été évoqué, ni même ressenti dans les discours des accueillis. En règle générale, les familles suggèrent des occupations, mais n'imposent rien. Les accueillis sont invités aux fêtes de famille. Les deux premières semaines sont souvent difficiles, l'accueilli ayant des difficultés à s'adapter au rythme de la famille.

Concernant la gestion des traitements, il n'y a pas de consigne de la part des centres et c'est souvent géré au cas par cas. Deux types de FA se distinguent : celles qui ne gèrent jamais le traitement (elles ne veulent pas que le traitement interfère dans la relation avec l'accueilli, souvent à la suite d'une expérience malheureuse) et celles qui décident au cas par cas par rapport à la demande de l'accueilli. Deux types d'accueillis se distinguent également : ceux qui sont autonomes par rapport à leur traitement et n'en parlent pas à la FA, et ceux qui demandent à la FA de le gérer, souvent pour se protéger.

Concernant la gestion des produits, il n'y a pas de consigne de la part des centres, même si l'interdiction figure dans le contrat. Souvent, les FA ne se rendent pas compte des consommations des accueillis. Lorsqu'elles s'en rendent compte, il y a souvent discussion la première fois, mais pas de rupture de contrat sauf s'il y a récurrence. Il y a une grande tolérance par rapport au cannabis dans un centre.

Par rapport à l'alcool, l'interdiction de consommer ou la consommation limitée figurent dans le contrat en fonction du profil de l'accueilli (possibilité liée à l'individualisation de la prise en charge). Les FA ont des attitudes très variées sur ce point : certaines ne changent pas leurs habitudes, la bouteille est sur la table, certaines mettent l'alcool sous clé...

Le choix d'une famille d'accueil pour une personne donnée repose en partie sur des éléments subjectifs, mais aussi sur de nombreux éléments objectifs (composition de la famille et présence d'enfants, activité de la famille, situation de l'accueilli, proximité de la ville...). En fait, certaines familles sont polyvalentes par rapport au profil d'accueilli potentiel... D'autres refusent par exemple d'accueillir des filles, du fait de leur composition familiale (que des fils) ou parce qu'elles ont eu une expérience négative.

L'accueil de couples et de mineurs est exceptionnel dans tous les réseaux et nous n'en avons rencontré aucun dans les 4 réseaux étudiés. L'accueil de personnes avec enfant est un peu plus fréquent et concerne en fait 3 réseaux qui en ont accueilli plus de 8 en 1999, mais cette situation n'a pas été rencontrée sur le terrain. Ces situations ont été peu abordées avec les centres : l'accueil de couple ne marcherait pas dans une optique de soins, mais serait bénéfique pour une restructuration, une perte de repère. Pour l'accueil de personnes seules avec enfants, certains centres souhaitent qu'il y ait d'abord un temps seul en famille avant l'arrivée de l'enfant.

L'accueil de personnes sous substitution est fréquent et ne pose pas de problème particulier en termes de traitement : celui-ci est géré par la famille ou l'accueilli selon le cas, avec des consignes de sécurité particulières données par le centre lorsqu'il s'agit de méthadone. Les centres évoquent le problème des pathologies psychiatriques de plus en plus fréquentes : or le dispositif des FA n'est pas adapté à ces profils et il y a des difficultés à créer un partenariat avec des psychiatres.

Enfin, les FA évoquent des difficultés pour gérer les traitements de pathologies infectieuses comme le SIDA ou les hépatites : traitements lourds, compliqués, avec effets secondaires et distribution hospitalière de certains produits. Lorsque c'est possible, c'est la famille qui accompagne l'accueilli pour ces visites pour la substitution, les traitements des hépatites et les examens. Les CSST ont le plus souvent mis en place des partenariats avec des médecins ou pharmaciens pour gérer ces problèmes.

Effets du statut des FA et des conditions de défraiement sur l'organisation du dispositif, volontariat et recrutement

À aucun moment parmi les familles rencontrées, nous n'avons senti que l'argument pécuniaire ou la recherche de main d'œuvre étaient mis en avant. Mais le défraiement proposé peut avoir de l'importance dans le budget familial, même s'il reste peu élevé (il varie entre 75 et 255 francs et se situe entre 120 et 160 francs par jour dans la majorité des réseaux).

Le statut de non salarié permet de garder une convivialité. Le dispositif d'accueil en famille n'existe pas au détriment d'autres structures. Il ne s'agit pas d'un dispositif concurrentiel, mais plutôt complémentaire des autres dispositifs (post-cures communautaires, appartements thérapeutiques), ce qui rejoint l'idée de trajectoire évoquée à plusieurs reprises.

Attentes, réactions de leur entourage, conditions pour accroître le recrutement des FA et l'accueil

Généralement, les FA présentent les accueillis comme des stagiaires ou des amis, mais la famille et les amis proches sont au courant. L'entourage réagit généralement bien. Lors du choix de la famille, une attention particulière est apportée lorsque la famille a une activité commerciale et qu'elle envisage d'y inscrire la personne accueillie.

Les principales qualités que s'attribuent les FA sont la tolérance, la patience, la disponibilité, l'ouverture d'esprit et la capacité à « dire les choses » et à poser un cadre structurant. Le besoin de reconnaissance transparaît dans le discours de certaines familles, à la fois de la part des pouvoirs publics et des usagers.

Il semble que les FA aient un plus haut niveau d'exigence que les centres. Elles ont tendance à juger de la réussite d'un accueil sur sa durée, le fait d'avoir un travail à la sortie, d'arrêter le traitement de substitution. Ainsi les séjours courts ou les départs prématurés pour emploi, logement sont parfois vécus comme des échecs. Les centres ont un gros travail de préparation des FA sur les points suivants : faire comprendre aux familles qu'un court séjour n'est pas forcément négatif et peut constituer « un bout de chemin » important pour certains accueillis, les préparer aux départs des accueillis (qui étaient plus mal vécus avant que maintenant).

Raisons pour lesquelles elles cesseraient cette activité

La rencontre de familles ayant cessé l'accueil n'était pas prévu. En revanche, nous avons interrogé les familles rencontrées sur les éléments qui les feraient abandonner l'accueil : l'existence d'un soutien fort et constant de la part de l'équipe du CSST est un élément clé pour poursuivre l'activité. Les motifs avancés en faveur de l'abandon de l'accueil concernent aussi bien un manque de disponibilité de la part des familles ou à l'inverse la cessation de leur activité (lorsque celle-ci englobe une partie de l'accueil). Par ailleurs, sont avancées les caractéristiques du profil de personne accueillie trop violent ou trop déstabilisant ou encore les expériences négatives répétées.

CONCLUSIONS - PROPOSITIONS

Analyse des constats par rapport aux finalités de l'évaluation

Concernant la capacité et les conditions de l'évolution du dispositif

Une première question implicite est posée sur la pertinence du dispositif. Les investigations réalisées, si elles nous ont montré de grandes diversités au niveau de chaque réseau voire de chaque famille, nous ont fait constater que globalement les toxicomanes pris en charge l'étaient dans des conditions satisfaisantes et en conformité avec les textes. Nous avons par ailleurs constaté une volonté de mener à bien la mission de prise en charge des usagers du dispositif tant par les familles rencontrées que par les personnels des CSST de rattachement.

Une seconde question porte sur la capacité et les conditions d'évolution du dispositif. Nos constats nous montrent que les familles d'accueil représentent un mode d'accueil relativement marginal dans le dispositif de prise en charge de la toxicomanie, qu'il s'agisse du nombre des toxicomanes ou du coût de cette prise en charge. À notre avis, un développement et une adaptation des réseaux à la prise en charge de publics dépendants d'autres substances nécessiteraient au minimum la mise en place des conditions permettant une professionnalisation des familles concernées. Il pourrait s'agir notamment des points suivants :

- Les modalités de recrutement des familles devraient, à notre avis, être en partie revues sur un mode comparable à celui des autres familles d'accueil existant en France (enfance, personnes âgées, personnes handicapées). Il nous paraîtrait nécessaire que les CSST embauchent des familles à partir d'une liste de familles agréées (c'est-à-dire pour lesquelles n'existe aucune contre-indication portant par exemple sur les modalités d'hébergement, le profil psychologique, voire les activités des membres de la famille) ;
- Les modalités de formation des familles devraient elles aussi être formalisées afin de fournir des outils permettant par exemple la prise en charge de toxicomanes, mais aussi de personnes présentant d'autres types de dépendance ;
- Le statut professionnel des familles par rapport à leur employeur mériterait d'être étudié afin de prévoir en particulier une indemnisation dans le cas d'une absence d'activité apparentée au chômage. Au-delà, le montant et les modalités de rémunération devraient être entièrement refondus.

L'évolution du système existant passe à notre avis par un travail associant les familles et les CSST.

Il est évident que de telles modifications auraient comme première conséquence d'augmenter considérablement le coût de la prise en charge en famille d'accueil. Elles auraient cependant l'avantage de pérenniser, voire de développer le nombre des familles disponibles pour la prise en charge.

Vérifier l'adaptation du dispositif réglementaire au regard du fonctionnement des réseaux

Nous avons pu constater une grande diversité dans la mise en œuvre des textes réglementaires. Cependant, nous n'avons pas identifié de discordance entre les textes et leur application.

Par exemple, le suivi des familles d'accueil par les CSST est effectué dans 100 % des réseaux, nous avons pu constater que la réalisation était effectuée soit par téléphone, soit par une visite dans la famille. D'autres exemples portant sur :

- la proximité du centre et de son réseau (un CSST de l'est de la France a développé un réseau dans le sud-ouest) ;
- la composition du public pris en charge (sevré ou non sevré, couples, mères avec de jeunes enfants...) nous montre que le dispositif est extrêmement varié.

Nous n'avons pas aujourd'hui d'éléments pour identifier quelles sont les « meilleures » modalités de la prise en charge.

Dans son état actuel, le dispositif que nous avons étudié est probablement adapté aux besoins des usagers des CSST qui les ont mis en place. Cette situation est acceptable et peut être même souhaitable pour un dispositif de petite taille, elle nous paraît hasardeuse dans une perspective de développement systématique de ce mode de prise en charge.

En conséquence, nous pensons que les textes sont suffisants pour un dispositif marginal et qu'il serait indispensable de repenser la totalité du dispositif dans le cas de sa généralisation.

Dégager les lignes de force d'une charte de qualité et proposer un système de monitoring

La charte de qualité

Comme nous venons de le voir, les pratiques sont très différentes d'un centre à l'autre, c'est la raison pour laquelle nous ne pensons pas qu'il soit possible de tirer des pratiques constatées lors de notre évaluation une véritable charte de qualité.

Par contre, nous proposons que la démarche qualité – si le système ne doit pas connaître de développement important (scénario 1)- découle de l'analyse des textes existants et soit orientée, d'une part vers le respect du droit de l'utilisateur et, d'autre part, qu'elle tienne compte de l'intérêt des familles d'accueil.

Dans le cas d'un développement de ce mode d'accueil (scénario 2), la charte qualité dépendra de l'importance voulue pour le dispositif, des conduites addictives concernées, du statut professionnel (ou non) des familles d'accueil, du positionnement des centres par rapport à l'évolution de la loi de 1975...

Le système de monitoring des réseaux

Il nous paraît nécessaire que le monitoring soit réalisé aux 2 niveaux suivants :

Niveau stratégique. Tout d'abord, il nous paraît important de rappeler que les textes prévoient une maîtrise du dispositif. C'est pourquoi, comme pour les CSST, l'exploitation des bilans d'activité des réseaux par les organismes chargés de les financer et de les contrôler est à notre avis essentiel, car il permet aux décideurs institutionnels d'avoir une vision globale de l'offre de prise en charge sur un territoire.

Niveau opérationnel. Lors de l'évaluation, nous avons constaté que le suivi est affirmé comme étant nécessaire pour l'ensemble des centres. Par ailleurs, notre expérience nous montre que si le dispositif reste de taille modeste, le suivi doit être à notre avis réalisé par les CSST (comme dans le cas du placement familial spécialisé pour l'enfance). C'est seulement dans le cas d'un important développement des réseaux que d'autres solutions plus structurées au niveau départemental devront être envisagées.

Propositions d'évolution

Au terme de l'évaluation réalisée, nous pouvons conclure que le système observé constitue une prise en charge des toxicomanes relativement marginale. Les modalités de travail des familles d'accueil sont très diversifiées, d'une part du fait de la diversité de la commande qui leur est passée par chaque CSST et, d'autre part, car leur formation initiale et les modalités de leur encadrement sont extrêmement variées.

Cette diversité représente une richesse et il s'agit à notre avis d'un dispositif qui, malgré son âge, reste expérimental. Malheureusement cette expérimentation n'a pas été considérée comme telle, ce qui est un facteur limitant pour exploiter pleinement ses résultats.

Par rapport au cahier des charges qui nous a été soumis, nous ne sommes pas en mesure de répondre à certaines des questions posées, en particulier de pouvoir par exemple définir une durée optimale de placement (la fourchette varie de 3 jours à 9 mois...); manifestement, les écarts constatés nous signifient que les objectifs de la prise en charge et le travail réalisé sont très différents, voire opposés.

Devant cette situation, plusieurs hypothèses d'évolution sont possibles :

- **Scénario 1** : laisser le système en l'état en l'améliorant à la marge

Les modifications porteraient alors sur la mise en place d'une démarche qualité basée sur l'intérêt partagé de l'utilisateur du dispositif et de celui de la famille d'accueil.

Avantages principaux : amélioration de la qualité du travail fourni, maintien du coût réduit de la prise en charge, maintien de la diversité et donc de la richesse du dispositif.

Inconvénients principaux : pas de maîtrise du dispositif liée en particulier à l'absence de réalisation d'une véritable procédure d'agrément des familles, exigences limitées de la part des financeurs, risque de disparition du dispositif.

■ **Scénario 2** : développer le dispositif

Avantages principaux : apporter une réponse diversifiée, numériquement importante, aux personnes présentant une dépendance aux drogues illicites mais aussi à l'alcool, mettre en place un véritable dispositif de gestion des ressources humaines pour le corps professionnel constitué par les familles d'accueil, mettre en place un dispositif raisonné doté de procédures opposables et dont le contenu négocié avec les professionnels permettra une prise en charge globale de l'utilisateur.

Inconvénients principaux : délai de mise en place qui est dépendant en particulier de la réforme de la loi de 1975, mais aussi des textes qui régiront le statut professionnel des familles d'accueil, coût plus élevé que le dispositif actuel.

■ **Scénario 3** : supprimer le dispositif

Avantage principal : suppression d'un dispositif marginal peu maîtrisé par les organismes financeurs à un moment où la réforme de la loi de 1975 va modifier profondément les règles de fonctionnement des CSST qui n'auront, pour l'instant, pas de temps à consacrer à cette activité pour l'améliorer.

Inconvénients principaux : priver les toxicomanes d'un mode de prise en charge alternatif, ne pas utiliser les acquis ni expérimenter cette prise en charge originale pour d'autres conduites addictives, générer du mécontentement dans les équipes des CSST qui utilisent ce dispositif de manière systématique, décevoir les familles d'accueil.

Nous pensons pour notre part que le choix pourrait s'effectuer sur l'une des deux premières hypothèses : aucun des constats réalisés ne nous permet de proposer la disparition des réseaux sauf pour une durée limitée nécessaire à la restructuration complète du dispositif en liaison avec les autres modalités de prise en charge des conduites addictives.

Livret 3
**Actes du séminaire « Réflexion
sur les modalités à retenir
comme lignes directrices pour un
exercice optimal des réseaux, à
la lumière de la présente étude
d'évaluation »
du 19/03/01.**

Liste des participants :

DGS (SD6B) :
Christine BARBIER, Hélène MORFINI

OFDT (EPP) :
Jean-Michel COSTES,
Carine MUTATAYI.

MILDT :
Marie-Pierre HOURCADE et
Françoise MOYEN

Consortium d'évaluation :
Marie JAUFFRET et
Jacques SORIA (GSP Conseil)

Réseaux de familles d'accueil

ALT :
Michel PUZENAT

Association ABCD :
Christian MIEL

Centre Chimène :
Jean-Yves NOEL

APRETO :
Jean-François GICQUEL et
Daniel CHATELAIN

Espace du possible :
Marguerite QUILLIGAN

Association Clémence Isaure :
Martine LACOSTE et
Raymonde BENABEN et
Bernard GALY FAJOU

Association Jonathan :
Jean GALLERON

Essonne Accueil :
Michèle DESPOUYS et
Mireille PAUMELLE

Porte des Allemands :
Olivier ROMAIN et
Olivier ZAMBONI

Point Virgule :
Suzel SABATIER

Centre Rimbaud :
Marie-Hélène BESSON

Le Peyry :
Christian MASSALOUX

Le Trait d'Union :
François HOMERVILLE

TEMPO :
Luis CABALLÉ et
Marie LECOMTE

ANIT :
Marie VILLEZ, présidente

LE Triangle :
Daniel BERNIER

À l'occasion de ce séminaire, l'équipe d'évaluation a présenté les résultats de son étude pour asseoir une réflexion collective sur l'évolution des dispositifs, la finalité étant de proposer des recommandations sur les grandes lignes d'un plan d'action.

Le séminaire a démarré par un temps de présentation - discussion autour le rapport d'évaluation de CEMKA-EVAL et GSP Conseil. Deux ateliers parallèles ont ensuite été organisés, l'un traitant des liens contractuels et professionnels entre CSST et familles d'accueil, l'autre des indications et contre-indications de l'accueil en famille ainsi que des services proposés à l'accueilli.

Lors des ateliers, les représentants des réseaux ont pu se prononcer sur les hypothèses d'organisation future et les recommandations suggérées par l'équipe d'évaluation.

14 réseaux étaient représentés lors de cette journée et parmi les 22 acteurs de terrain participants, 4 étaient des représentants des familles d'accueil.

Ci-après, apparaissent les questions clés proposés aux participants. Suivent les compte-rendus de ces ateliers, rédigés par les rapporteurs qui se sont portés volontaires pour cette tâche.

LES THÈMES DES ATELIERS

Le séminaire final

« Réflexion sur les modalités à retenir comme lignes directrices pour un exercice optimal des réseaux, à la lumière de la présente étude d'évaluation »

En préparation au débat, le comité de pilotage en lien avec l'équipe d'évaluation ont proposé à titre indicatif un ensemble de questions qui leur semblait résumer les grands sujets émergeant à ce stade de la démarche.

Elles sont présentées ci-après :

Atelier 1 : **Statut des familles d'accueil, contrat d'accueil et suivi des familles ?**

Pourront notamment être évoquées les questions suivantes :

Y a-t-il lieu de dissocier l'agrément et le recrutement des familles d'accueil ?

Quel suivi pour les familles d'accueil ?

Quel est le contenu minimal d'un contrat d'accueil pour ce qui concerne l'engagement de la famille d'accueil et du CSST de rattachement ?

Quels sont les besoins en formation des familles ?

Atelier 2 : **Contrat d'accueil, services et suivi pour les personnes accueillies ?**

Pourront notamment être évoquées les questions suivantes :

a) Retour rapide sur les critères recrutement et de sélection transparus dans l'évaluation

b) Quelles sont les indications et contre-indications de ce mode de prise en charge ?

Modalités concrètes de la prise en charge

Quel suivi la personne peut-elle attendre du CSST ?

Comment se prépare la sortie, notamment la réinsertion sociale ?

COMPTE-RENDU SUR L'ATELIER « STATUT DES FAMILLES D'ACCUEIL, CONTRAT D'ACCUEIL ET SUIVI DES FAMILLES »

Rapporteurs :

Mme Benaben, membre d'une famille d'accueil du réseau de Clémence Isaure (Toulouse, 31)

et M. François Homerville, directeur du centre Trait d'Union (Boulogne, 92).

Y a-t-il lieu de dissocier l'agrément et le recrutement des familles d'accueil ?

La réflexion de l'atelier 1 se décline en diverses questions :

- L'agrément est-il une habilitation à recevoir une personne ?
- Qui agréé qui ?
- Est-ce le réseau lui-même qui est agréé ou le CSST ?
- Quelles sont les implications de l'agrément ?
- Le CSST de rattachement est-il conventionné et contrôlé à ce titre par la DDASS ?

La question posée par l'évaluateur est alors rappelée et précisée : les familles ne devraient-elles pas passer devant une commission externalisée, en amont des CSST à l'instar des autres types de familles d'accueil (PMI, Adultes Handicapés, Personnes âgées) afin d'éviter des conflits d'intérêts toujours possibles entre CSST et familles d'accueil ?

Suit alors un échange sur les critères d'évaluation des familles sur lesquels pourrait s'appuyer un agrément qui devrait être commun à l'ensemble des CSST. Cette procédure n'aboutirait-elle pas à figer un type de poste ou de famille ? Il est rappelé que les DDASS possèdent des listes « rouges » concernant certaines familles d'accueil (également pour des professionnels salariés d'institution). Qu'est-il transmis vers les CSST ?

Les CSST notifient, à l'occasion du rapport d'activité annuel, à la DDASS de leur département, la liste de leurs familles d'accueil. L'information sur ces familles existe donc à l'heure actuelle. L'évaluation a fait apparaître que 14 réseaux envoient chaque année un rapport détaillé d'activité à leur DDASS. Des 19 réseaux recensés, la Direction générale de la santé indique n'en connaître que le tiers.

Un responsable de CSST présente les modalités d'agrément et de recrutement des familles mises en œuvre dans son centre. Le centre agréé les familles en même temps qu'elle les recrute. L'essentiel étant de créer des liens de confiance entre le CSST et la famille. Ces modalités doivent permettre d'assurer une grande diversité des familles d'accueil pour s'adapter le mieux possible à la diversité des besoins et des situations des personnes accueillies.

Les familles d'accueil sont des personnes qui, dans leur vie personnelle et intime, s'engagent à accueillir d'autres personnes. Le fait pour les CSST d'avoir une palette très diverse de ces familles permet de tendre vers l'adéquation la plus juste, la plus affinée, entre familles et accueillies. C'est un fonctionnement qui paraît à tous original et pertinent. La famille d'accueil n'est pas une parenthèse dans le parcours d'un usagé le CSST est présent avant et après l'accueil par la famille.

C'est aussi l'outil qui aide le CSST dans un bilan de travail.

Ces modalités de fonctionnement sont partagées par l'ensemble des CSST et apparaissent comme satisfaisant, aucun des CSST ne souhaite pas devoir en changer.

Un des CSST présents propose aux familles agréées de devenir membres de l'association si elles le souhaitent.

L'évaluateur et la Direction générale de la santé posent un certain nombre de questions sur les risques encourus à être en même temps en position d'agréer et ensuite de collaborer à la prise en charge de la personne accueillie. Ne serait-il pas souhaitable qu'un statut juridique plus précis soit défini pour les familles d'accueil ?

La réponse des CSST et des familles présentes est que c'est dans ce domaine et avec les modalités actuelles que le dispositif des familles d'accueil réussit le mieux. Les personnes accueillies sont des adultes dans leur propre démarche personnelle. Ils sont tout à fait aptes à donner leur point de vue. Ils peuvent partir à tout moment.

Dans le cas où le centre a un problème avec une famille, la présence d'un médiateur ne serait-elle pas nécessaire ?

Si l'hypothèse d'une commission d'agrément externe était retenue, comment celle-ci pourrait-elle intervenir efficacement dans un conflit ?

La Direction générale de la santé suggère qu'une équipe de professionnels puisse être référent de la famille d'accueil, et une autre, référent pour les personnes accueillies et cela dans le but de garantir l'intégrité de la famille, quant elle est mise en danger.

Les familles présentes indiquent que le moment de l'accueil est un travail de réflexion et d'engagement à TROIS « personne accueillie, famille et professionnels des CSST ». C'est ce mode de fonctionnement original qui est la meilleure garantie, aussi bien pour les familles que pour la personne accueillie. Ce soubassement spécifique aux familles d'accueil toxicomanes assure la bonne marche du dispositif. D'autre part cela permet aux familles d'accueil de s'investir dans un engagement citoyen.

Le rôle des Directions des CSST est d'être garant du « professionnalisme », aussi bien des salariés du CSST que de celui des familles d'accueil. Les autres recours possibles pour les familles d'accueil s'exercent en s'inscrivant dans un réseau social local, médecin, stages de réinsertion, etc..

Les équipes des CSST sont des équipes pluridisciplinaires. Les procédures d'agrément des familles d'accueil qu'ils mettent en œuvre sont organisées autour de rencontres, d'échanges avec les différents professionnels (psychologues, assistantes sociales, éducateurs). De ce travail partenarial naît la dynamique de RESEAU.

L'ensemble de ces éléments indique qu'il n'y a pas lieu de dissocier la procédure d'agrément de celle du recrutement des familles d'accueil.

Quel suivi pour les familles d'accueil ?

Contrairement à d'autres types de familles d'accueil, les familles d'accueil pour toxicomanes peuvent contacter l'équipe du CSST 24h/24 et ce pendant les 365 jours de l'année : aucun recours n'est possible auprès d'une institution entre le vendredi 17h et le lundi 9h, par exemple pour les familles ASE.

La question importante serait celle de la distance : les textes prévoient 100 km ou 2h de trajet pour la région parisienne. Quand l'éloignement est trop grand (par choix thérapeutique des CSST) il peut être fait appel aux centres de proximité et un travail de coopération est mis en place par la structure locale. Cela s'inscrit dans une dynamique de mise en réseau des réseaux de familles d'accueil.

Pour ce qui est des urgences médicales (troubles somatiques des personnes accueillies), la famille d'accueil a toute liberté pour faire intervenir médecin de famille, le SAMU, les pompiers. Elle en avise aussitôt le référent de l'équipe du CSST. Les visites du référent sont hebdomadaires, du moins au début de l'accueil et chaque fois que la famille en fait la demande.

Une évaluation finale avec le référent et souvent le psychologue ou un autre membre de l'équipe permet à la famille d'accueil d'analyser ce moment de vie partagée et de prendre du recul par rapport à cet accueil.

Quel est le contenu minimal d'un contrat d'accueil pour ce qui concerne l'engagement de la famille d'accueil et du CSST de rattachement ?

L'échange entre les participants porte sur le contenu les formes et les modalités pratiques du contrat d'accueil.

Le contrat peut être écrit ou simplement oral.

Il intègre la notion de projet de soin individualisé pour chaque personne accueillie. Il intègre la notion de durée du séjour de 6 mois renouvelables pour certains réseaux, d'une semaine, de 15 jours, voire de plusieurs mois sans date définie, pour les autres. Il doit permettre que la personne accueillie devienne actrice de son projet.

Les modalités de chaque accueil sont définies entre le centre, la famille, l'accueilli, tant pour l'arrivée que pour le départ. En règle générale l'engagement conjoint CSST-familles d'accueil prévaut afin que des choses réalisables soient mises en œuvre concrètement pour la personne accueillie pendant le séjour.

Une période dite d'essai (une semaine, un mois) mise en œuvre dans certains cas peut avoir l'intérêt de dédramatiser la rupture de l'accueil : la famille n'est pas une mauvaise famille d'accueil. L'accueilli ne renonce pas forcément pour autant à son projet de restauration, mais il peut s'autoriser à demander un autre lieu, une autre forme de soin.

D'une manière générale, les processus d'accueil mis en œuvre selon des procédures diversifiées comportent des points communs qui font accord entre tous les réseaux.

Quels sont les besoins en formation des familles ?

La famille d'accueil est une entité : elle peut se composer d'un couple avec enfants, jeunes ou moins jeunes, et l'on peut se demander dès lors quelle formation on devrait donner à un enfant de 8 ans ou à un adolescent ?

Les familles d'accueil présentes déclarent ne pas faire partie des « dits » professionnels de l'accueil. Pour celles-ci l'accueil n'est pas un métier, mais une fonction en soi, une philosophie de vie.

Pour autant elles souhaitent participer à des actions de formation dont les objectifs et les contenus doivent prendre en compte leur spécificité.

La formation pour les familles d'accueil en toxicomanie doit aborder tout ce qui concerne les informations sur le SIDA, l'hépatite C, les différents produits, la dépendance, etc..

Les familles d'accueil ressentent surtout le besoin de se former à travers des journées de réflexion, d'études sur des thèmes comme la parentalité, la sexualité, les usagers de 15 à 25 ans, la violence engendrée par la toxicomanie.

L'apprentissage avec l'équipe du CSST de l'analyse ce que l'accueilli a pu leur renvoyer qui est demandé par les familles, ces rencontres si différentes les unes des autres ont une grande valeur pour les familles d'accueil et les professionnels des CSST.

C'est dans cet apport mutuel que se crée la richesse de chaque RESEAU et qui en fait un outil unique pour l'intégration des personnes toxicomanes dans le tissu social.

COMPTE-RENDU SUR L'ATELIER « CONTRAT D'ACCUEIL, SERVICES ET SUIVI POUR LES PERSONNES ACCUEILLIES »

Rapporteur :

M. François Gicquel, directeur du centre APRETO (Annemasse, 74).

Indications/contre-indications, critères d'admission

Hormis la consommation de substances psycho-actives, il n'y a finalement pas lieu de poser des indications spécifiques.

En revanche, des contre-indications peuvent exister dans les profils des personnes accueillies :

- les sujets présentant des traits psychotiques pour lesquels la confrontation familiale risque de réactiver une psychopathologie délirante ;
- les sujets présentant une antériorité de passages à l'acte violents avec un risque de répétition qui pourrait mettre en danger la famille d'accueil ;
- les sujets présentant des traits pervers pouvant déstabiliser la famille d'accueil et l'engager dans un processus destructeur.

Il convient cependant de noter que ces contre-indications existent à titre indicatif plus que formel, ces sujets pouvant malgré tout, au cas par cas, être pris en charge en famille d'accueil.

On ne peut donc pas généraliser mais individualiser! C'est l'équipe médico-psycho-sociale du CSST qui évaluera le bien fondé de la contre-indication à l'accueil et ceci, en fonction du profil des familles qu'elle aura recrutées !

En ce qui concerne les critères d'admission, la prise en charge en famille d'accueil présente des spécificités :

1) spécificités des critères liés aux sujets :

- la demande du sujet, premier critère incontournable et déterminant ;
- la demande du CSST ou des partenaires sociaux qui vont proposer l'accueil en famille au sujet car ils pensent cette indication adéquate et pertinente ;
- les indications cliniques spécifiques à la prise en charge en famille d'accueil : le travail sur la parentalité pour les personnes avec enfants, la prévention d'une aggravation de la consommation de substances psycho-actives ou de la délinquance qui y est liée pour les mineurs, la non mise en confrontation, en miroir ou en jugement de son identité de toxicomane que ce soit vis-à-vis de pairs ou vis-à-vis de professionnels d'institutions ;
- les raisons concrètes, matérielles : absence d'hébergement ou besoin d'éloignement, par exemple, ce qui n'empêche nullement l'intentionnalité de soin.

C'est l'interaction de ces différents critères qui va déterminer le choix de la famille d'accueil.

2) Spécificités des critères liées aux situations des personnes :

La souplesse et l'adaptabilité du dispositif "familles d'accueil" permettent de prendre en charge simultanément des personnes dans différents types de situations.

Par exemple :

- le fait d'être mineur, en danger de dérive ;
- le fait d'avoir un ou plusieurs enfants ;
- le fait de vivre en couple ;
- le fait d'être incarcéré, en situation de pouvoir bénéficier d'une libération conditionnelle ou provisoire.

La question de la réinsertion

La question de la réinsertion s'inscrit dans une prise en charge thérapeutique globale de la personne accueillie.

La réinsertion n'est pas une entreprise figée qui démarre à telle heure pour se terminer à telle autre. C'est un processus en mouvement, en évolution qui commence dès l'arrivée de la personne en famille d'accueil. La réinsertion n'est pas que professionnelle. Elle se décline en termes de soins, de ré-apprentissages, de réhabilitation, d'autonomisation, de resocialisation, d'insertion sociale et professionnelle.

Sa finalité consiste à réussir l'après-séjour et permettre à la personne accueillie d'être autonome, c'est-à-dire de subvenir à ses propres besoins en termes de sécurité, bien-être, santé, logement, formation professionnelle, emploi, relations sociales, familiales, autres.

Il y a donc forcément à préparer l'après-séjour. Cette question relève de la compétence et de la responsabilité du CSST en lien avec la famille d'accueil mais en aucun cas de la compétence et de la responsabilité de cette dernière !

Le contrat d'accueil

Le contrat d'accueil est déterminant car il repose sur l'indispensable triangulation qui fait la spécificité et la force de ce dispositif de prise en charge.

Le contrat est tripartite (accueilli, famille d'accueil, institution), il scelle l'engagement des uns et des autres et ses clauses sont communes aux trois signataires.

Par cette triangulation, c'est le dispositif qui devient thérapeutique et non la famille d'accueil en elle-même. Dans la confrontation à l'accueilli, la famille d'accueil n'est pas forcément soignante. C'est le tiers institutionnel qui rend le dispositif « soignant », qui y apporte sa caution et qui permet la prise de distance thérapeutique.

Le tiers institutionnel est le garant du soin apporté à l'usager et de sa qualité. Il médiatise et sécurise l'accueilli et la famille d'accueil. Il pose les échéances et la fin, voire l'arrêt du séjour. Il assure la continuité de la prise en charge face aux éventuelles défaillances de la famille d'accueil. Sans le tiers institutionnel et la triangulation, l'accueil en famille n'a plus valeur thérapeutique.

La spécificité de l'accueil familial repose sur l'individualisation de la prise en charge au sein de cette triangulation.

Le contrat d'accueil permet la lisibilité du cadre et du contenu de la prise en charge au sein de la famille d'accueil. Avec le règlement intérieur, il est l'outil de référence.

La spécificité de la prise en charge en famille d'accueil repose :

- sur le lien affectif créé entre la famille d'accueil et l'accueilli ;
- sur le travail effectué par le tiers institutionnel sur ce lien particulier.

Le contrat d'accueil individuel de la personne doit être distingué de celui qui lie la famille d'accueil et le directeur représentant le conseil d'administration de l'association (cf. règlement intérieur).

Le temps imparti ce lundi 19 mars 2001 ne nous a pas permis d'être suffisamment exhaustifs sur toutes ces questions. Aussi, de façon unilatérale, s'est exprimée la nécessité de poursuivre ce travail en commission afin d'affiner la spécificité des objectifs thérapeutiques et des modalités d'insertion du dispositif familles d'accueil pour usagers de substances psycho-actives.

ANNEXES

Annexe I : Liste des centres ayant participé à l'enquête

Annexe II : Questionnaire : description des réseaux de familles d'accueil

Annexe III : Guides d'entretien

Annexe IV : Synthèse des entretiens par type de personnes interrogées

La grille résumant les parcours des personnes accueillies en famille d'accueil et les résultats statistiques détaillés sont disponibles sur demande à l'OFDT.

Liste des centres ayant participé à l'enquête

	Centre de rattachement	Gestion	Adresse	Ville	Directeur	Nom	Prénom
	CENTRE ALT	Association Accueil liaison toxicomanie		10000 TROYES	Monsieur	PUZENAT	Michel
	POINT MARSEILLE	SOS drogues international	24a, rue Fort Notre Dame	13007 MARSEILLE	Monsieur	PRUAL	Pierre
	CENTRE LE CAIRN	Association Tremplin	63, avenue raymond Poincaré	13090 AIX-EN-PROVENCE	Monsieur	MICHEAU	Jean
	CENTRE TEMPO	Association Tempo	4, rue Ampère	26000 VALENCE	Madame	BENSOUSSAN	Eveline
	CENTRE CLEMENCE ISAURE	Association Clémence Isaure	3, bis rue Berthelet	31500 TOULOUSE	Madame	LACOSTE	Martine
	CENTRE POINT VIRGULE	Association Codase	19, rue des Bergers	38000 GRENOBLE	Madame	SABATIER	Suzel
	CENTRE RIMBAUD	Association Rimbaud	7, rue de la Résistance	42000 SAINT ETIENNE	Monsieur	TILLOL	Noël
	LE TRIANGLE	Association Le Triangle	8, rue Kervégan	44000 NANTES	Monsieur	BERNIER	Daniel
	CENTRE LE PEYRY	Comité d'étude et d'information sur les inadaptations sociales (CEIS)	Tour de Faure	46330 CABRERETS	Monsieur	MASSALOUX	Christian
1 même réseau de FA	CENTRE EQUINOXE (SOLEIL LEVANT)	Association Soleil Levant	35, rue Nantaise	49300 CHOLET	Monsieur	RENAULT	Louis
	CENTRE LE MOULIN DE HAUTE BRIN	Association Soleil Levant	LE FIEF SAUVIN	49600 BEAUPREAU	Monsieur	RENAULT	Louis
	CENTRE LA PORTE DES ALLEMANDS	l'enfance, de l'adolescence (CMSEA)	26, rue Wad-Billy	57000 METZ	Monsieur	ROMAIN	Olivier
	CENTRE ESPACE DU POSSIBLE	Nord pour la sauvegarde de l'enfance et des jeunes adultes (ADNSEA)	50, rue Valenciennes	59800 LILLE	Monsieur	BRUNIN	Jean-Marc
	LA PORTE OUVERTE	Association ABCD "Association Bénévole Contre la Drogue"	114, rue de Calais	62500 SAINT-OMER	Monsieur	MIEL	Christian
	CSST ALTER NATIVE	Hôpital du Hasenrain Secteur 7 - Pavillon 20	80, avenue d'Altkirch	68100 MULHOUSE CEDEX 69400	Docteur	WEIBEL	
	CENTRE JONATHAN	Association Jonathan	131, rue Arc	VILLEFRANCHE/SAONE	Monsieur	GALLERON	
	CENTRE APRETO (Méthadone)	des éthyliques et toxicomanes (APRETO)	15, rue Molière	74100 ANNEMASSE	Monsieur	CIQUEL	Jean-Louis
1 même réseau de FA	CENTRE UNAFALT JEAN MOULIN	Union nationale familiale de lutte contre la toxicomanie (UNAFALT)	42, avenue Jean Moulin	75014 PARIS	Madame	CEDRON	Anne
	CENTRE UNAFALT	Union nationale familiale de lutte contre la toxicomanie (UNAFALT)	5, rue Cino Del Duca	75017 PARIS	Madame	CEDRON	Anne
1 même réseau de FA	ASSOCIATION ESSONNE ACCUEIL		110, Grand Place de l'Agora	91000 EVRY	Docteur	GUILLET	Henri
	CENTRE ESSONNE ACCUEIL	Association Essonne Accueil	100, rue Carnot	91000 EVRY	Docteur	GUILLET	Henri
	CENTRE CHIMENE (Méthadone)	Association Centre d'intervention et de dynamique éducative (CIDE)	7, rue de l'Abbé Grégoire	92130 ISSY LES MOULINEAUX	Monsieur	NOEL	Jean-Yves

**Questionnaire :
description des réseaux
de familles d'accueil**

Description des réseaux de familles d'accueil

Nom du réseau de familles d'accueil :

Nom du CSST de rattachement :

Code postal : [][][][][][] Ville :

Remarque générale : en l'absence de précision particulière, les questions qui vous sont posées concernent la situation actuelle du réseau

Caractéristiques du réseau de familles d'accueil en avril 2000

1) Date de création du réseau de familles d'accueil : 19|_|_|

2) Avez-vous une convention spécifique ? 1 Oui 2 Non

3) Le réseau reçoit-il un financement de la DGS ? 1 Oui 2 Non

4) Quels sont ses autres financements ou cofinancements ?

.....

5) Quel est le montant du défraiement des familles ? |_|_|_| F par jour

6) Disposez-vous de rapports d'activité détaillés ? 1 Oui 2 Non

7) Disposez-vous d'éléments de comptabilité spécifique pour les personnels impliqués dans le réseau familles d'accueil ? 1 Oui 2 Non

8) Pourriez-vous compléter le tableau suivant pour l'année de création et l'année 1999 ? Si vous disposez de ces informations pour les années intermédiaires demandées qui vous concernent, merci de les préciser également.

	Année de création	1985	1990	1995	1999
Nombre de places agréées					
Nombre de familles dans le réseau (familles mobilisables)					
Nombre de personnes toxicomanes différentes accueillies dans l'année					
Nombre d'enfants accueillis dans l'année					
Nombre de familles mobilisées dans l'année (ayant accueilli au moins 1 personne)					
Nombre de journées d'accueil sur l'année					

9) Nombre de familles accueillantes actuellement : |_|_| sur un total de |_|_| familles dans le réseau

10) Comment se répartissent les personnes accueillies en 1999, selon leurs durées d'accueil (en nombre ou % de toxicomanes) ?

Total des personnes accueillies |_|_|_| dont week-end : |_|_|
 moins d'un mois : |_|_|
 de 1 à 3 mois : |_|_|
 de 3 à 6 mois : |_|_|
 de 6 à 9 mois : |_|_|
 plus de 9 mois : |_|_|

11) Pouvez-vous classer les familles composant votre réseau, en avril 2000, en fonction de leur proximité par rapport au CSST de rattachement et du type d'« habitat » ?

Nombre de familles	« à proximité » du CSST (< 100 km ou < 2 heures de trajet)	Décentré (≥ 100 km ou ≥ 2 heures de trajet)
Habitat rural isolé		
Habitat rural regroupé		
Ville moyenne		
Grande ville		

12) Pouvez-vous classer le nombre total de familles selon l'ancienneté dans votre réseau ?

Ancienneté des familles en avril 2000	Nombre de familles en avril 2000
Environ 1 an	
De 1 à 3 ans	
De 3 à 5 ans	
De 5 à 10 ans	
De 10 à 15 ans	
Plus de 15 ans	

13) A votre avis ou selon le projet thérapeutique du CSST, quels étaient les objectifs initiaux du réseau (plusieurs réponses possibles) ?

- 1 accueil de transition, relais
- 2 accueil pour réinsertion professionnelle
- 3 accueil pour réinsertion sociale
- 4 accueil de personnes présentant des pathologies somatiques (VIH, VHC...)
- 5 accueil de personnes présentant des pathologies psychiatriques
- 6 autre objectif, précisez :

Précisez le numéro de l'objectif principal : |_|

Ces objectifs sont-ils les mêmes aujourd'hui ? 1 Oui 2 Non

↳ Si non, précisez :

14) Quelle incitation majeure a présidé, historiquement, à la constitution du réseau ?

- 1 incitation de la DDASS
- 1 les nécessités d'accueil avec hébergement individualisé favorisant un temps de rupture
- 1 la connaissance d'autres réseaux
- 1 votre implantation géographique favorisant ce type de démarche
- 1 l'intérêt thérapeutique
- 1 autres, précisez :

15) Personnes accueillies (plusieurs réponses possibles) :

- 1 des personnes seules
- 1 des personnes seules avec enfant(s)
- 1 des couples
- 1 des couples avec enfant(s)
- 1 des mineurs
- 1 des personnes alcoolo-dépendantes
- 1 d'autres types de publics, précisez :
-
-

16) Situation/Indication des personnes accueillies à leur arrivée dans les familles d'accueil (plusieurs réponses possibles) :

- 1 sous traitement de substitution
- 1 en cours de sevrage
- 1 en cours de sevrage du traitement de substitution
- 1 sevrées
- 1 rupture avec le milieu d'origine
- 1 besoin de soutenir une relation mère avec enfant dans un milieu protégé
- 1 sous-main de justice
- 1 en alternative à l'incarcération
- 1 en alternative ou complément à une hospitalisation
- 1 en alternative à une hospitalisation en milieu psychiatrique
- 1 autres situations, précisez :
-
-

Fonctionnement du réseau

17) Quelle est la composition de l'équipe du CSST de rattachement intervenant dans le cadre des familles d'accueil ?

	Effectif du personnel spécifique (en ETP)	Effectif du personnel affecté (en ETP)
Directeur et personnel administratif		
Chef de service		
Médecin généraliste		
Médecin(s) spécialiste(s), précisez :		
Psychologue		
Educateur		
Assistante sociale		
Alcoologue		
Autres personnels, précisez :		
.....		
.....		

18) Le réseau de familles d'accueil est-il ?

- 1 une section d'un centre ambulatoire
- 2 une section d'un centre d'hébergement

19) Recrutement des familles d'accueil

Comment identifiez-vous les familles ?

- 1 par candidature spontanée de familles
- 1 par voie d'annonce
- 1 en sollicitant des personnes que vous connaissez, précisez :
 - 1 les familles d'accueil (co-optation)
 - 1 des familles d'usagers
 - 1 des familles d'accueil pour d'autres problématiques
 - 1 votre réseau de professionnels
 - 1 le milieu associatif de la toxicomanie
 - 1 autre, précisez :
 -
 -
- 1 autre mode de recrutement, précisez :
-
-

Avez-vous défini des critères pour la sélection des familles ? 1 Oui 2 Non

↳ **Si oui, précisez vos critères de sélection et vos critères d'exclusion :**

Critères de sélection :

.....

.....

.....

Critères d'exclusion :

.....

.....

.....

Avez-vous repéré des contre-indications à l'accueil en famille ? 1 Oui 2 Non

Si oui, lesquelles :

.....

.....

.....

Quelles sont vos modalités de sélection des familles ?

- 1 visite à domicile
- 1 entretien à domicile ou au CSST
- 1 entretien téléphonique
- 1 autre, précisez :
-
-

20) Animation du réseau

Une liste des membres des réseaux (familles et personnels du CSST de rattachement) est-elle à disposition des familles ? 1 Oui 2 Non

Une liste des personnes ressources hors CSST de rattachement est-elle fournie aux familles d'accueil ? 1 Oui 2 Non

↳ **Si oui, cette personne est-elle aussi un référent pour le(les) toxicomanes accueilli(s) ?**
1 Oui 2 Non

Chaque famille d'accueil peut-elle appeler une personne du CSST 24 heures/24 ? 1 Oui 2 Non

Organisez-vous des réunions d'animation ou apportez-vous des éléments de formation pour les familles d'accueil ? 1 Oui 2 Non

↳ Si oui : - Sous quelle forme (plusieurs réponses possibles) :

- 1 documents écrits
- 1 réunions d'animation du réseau
- 1 entretiens
- 1 autres, précisez :

- Est-ce :

- 1 à votre initiative
- 1 à la demande des familles

↳ Si non, pourquoi ?

.....
.....
.....
.....

Apportez-vous des éléments d'information aux familles d'accueil sur le sujet de la toxicomanie ?

- 1 Oui, systématiquement
- 2 hors de leur recrutement
- 2 régulièrement, |_| fois par an, en moyenne
- 2 Oui, à leur demande
- 3 Non

Organisez-vous des journées de formation/animation pour présenter le dispositif à d'autres publics que les familles d'accueil ? 1 Oui 2 Non

↳ Si oui, à destination (plusieurs réponses possibles) :

- 1 des professionnels de santé
- 1 de la population générale
- 1 des élus, décideurs
- 1 d'associations
- 1 de services sociaux
- 1 de structures de bas seuils
- 1 d'autres publics, précisez :

21) Suivi des familles d'accueil

Quelles formes de soutien organisez-vous pour le suivi des familles d'accueil (plusieurs réponses possibles) ?

- 1 soutien technique, précisez : 1 contacts téléphoniques
- 1 visite à domicile en situation normale : précisez la fréquence :
- 1 visite à domicile en situation de crise
- 1 autre, précisez :
- 1 soutien psychologique (entretien, groupe de parole...)
- 1 soutien matériel, précisez :

En cas d'accueil de mineurs, d'autres personnes font-elles des visites à domicile ? 1 Oui 2 Non

↳ Si oui, précisez leur fonction :

En cas de rupture temporaire de l'accueil, avez-vous des ressources en hébergement relais ou en interne ?

- 1 Oui
- 2 Non

Possédez-vous un dossier de suivi des familles d'accueil ? 1 Oui 2 Non

- ↳ Si oui, vous le complétez :
- 1 après chaque intervention auprès de la famille d'accueil
 - 1 après chaque placement de personne
 - 1 à une fréquence définie, précisez : 1 plus d'1 fois par trimestre
 - 2 1 fois par trimestre
 - 3 1 fois par semestre
 - 4 1 fois par an

22) Quelles sont les 2 structures qui vous adressent le plus d'usagers pour un placement en famille d'accueil ?

.....
.....

23) Suivi des personnes accueillies :

- Comment se déroule le suivi de la personne accueillie ?

1 - Par le CSST ayant initialement orienté le toxicomane vers le réseau Familles d'accueil :

1 par visite à domicile

1 autres, préciser :

2 - Par le CSST de rattachement du réseau :

1 par visite à domicile

1 au CSST

1 par visite à domicile et au CSST

1 par téléphone

1 autres, préciser :

- Comment se prépare essentiellement, l'après séjour en famille ?

1 accompagnement sur les lieux ressources par un professionnel durant le séjour

1 par des séjours alternatifs

1 en structure relais du CSST

1 autres, préciser :

1 par des propositions d'orientation au téléphone

1 à la fin du séjour par le CSST d'origine

- Quels sont les raisons d'un départ anticipé de l'accueilli de la famille d'accueil ?

1 trop forte angoisse à l'accueil

1 transgression du contrat (vol, violence ou reprise massive de produits)

1 départ volontaire

1 indisponibilité soudaine de la famille

1 autres, préciser :

24) Avez-vous la possibilité de contacter des anciens usagers du dispositif de familles d'accueil ?

1 Oui 2 Non

↳ Si oui, le faites-vous ? 1 Oui 2 Non

Si oui, dans quel but ?

1 pour obtenir des informations sur la qualité de la prestation fournie par la famille d'accueil

1 pour mesurer le chemin parcouru par l'usager

1 autre, précisez :

↳ Pouvez-vous le faire pour que notre évaluation englobe ces anciens usagers ? 1 Oui 2 Non

25) Avez-vous la possibilité de contacter des familles qui ont abandonné le dispositif de familles d'accueil ?

1 Oui 2 Non

↳ Si oui, pouvez-vous le faire pour que notre évaluation englobe ces familles ? 1 Oui 2 Non

26) Etes-vous volontaire pour participer à notre évaluation du dispositif familles d'accueil (phase de terrain) ?

1 Oui 2 Non

Opinions sur le dispositif des familles d'accueil

27) Pouvez-vous décrire en quelques lignes (ci-dessous ou sur papier libre si vous préférez), ce qui, d'après votre expérience, fait l'intérêt de ce mode d'accueil ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

28) Quel a été l'apport du réseau de la famille d'accueil dans la réflexion et les actes mis en œuvre au centre de soins ?

.....
.....
.....
.....
.....

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans le travail et la gestion de ce service ?

.....
.....
.....
.....

29) Selon vous, quelles sont les raisons pour lesquelles certaines familles cessent d'être familles d'accueil ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

30) Autres points qu'il vous semble important d'aborder

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Merci pour votre participation

N'oubliez pas d'utiliser l'enveloppe T jointe pour nous renvoyer votre questionnaire.

Guides d'entretien

Guide d'entretien "Familles d'accueil"

Question 1 :

- Présentation du consultant, de l'évaluation (réponses aux questions sur l'évaluation...), et tour de table des différentes familles présentes (nombre de personnes au foyer, type d'habitat, ressources, activité professionnelle, type de personnes accueillies : personne seule, couple ..., nombre d'accueils, ancienneté, " indication de l'accueil" : transition, réinsertion)

Question 2 :

- Tenter de cerner les motivations de départ (toxicomane dans la famille, raison économique..) et leurs évolutions
- Faire préciser les modalités de recrutement, demander comment elles ont été interrogées sur leurs motivations lors du recrutement

Question 3 :

- Quelles sont les qualités indispensables pour être famille d'accueil (en général + les leurs en entretien individuel) ?

Question 4 :

- Explorer les modalités d'organisation (annuaire des personnes ressources, facilités de transport, formation, animation...) et l'accompagnement qui leur sont proposés par le CSST. Est-ce suffisant ? Si non, que manque-t-il selon vous ? Rencontrez-vous d'autres familles ?
- Explorer l'organisation des trois étapes de l'accueil : préparation, arrivée, suivi et préparation au départ en termes d'aide concrète, logistique et d'accompagnement, soutien psychologique. Auriez-vous besoin d'un soutien psychologique régulier ?
- Concrètement, qu'est-ce qu'on vous demande d'assurer au minimum vis à vis de l'accueilli (contraintes matérielles, équipement minimum : repas, chambre, ménage, conversations...) ? Comment vous organisez-vous quand vous recevez une personne ?
- Existe-t-il une phase de bilan avec le CSST après chaque départ ?
- Recevez-vous un soutien du CSST en cas de problème/crise avec la personne accueillie ?

Question 6 :

- Quels éléments vous feraient accepter ou refuser un usager ?
- Avez-vous déjà été concerné par un arrêt prématuré d'un accueil ? Si oui, pouvez-vous décrire ce qui s'est passé ?

Question 7 :

- Explorer les pratiques familiales autour de la personne accueillie (contrat?, limites, lien, violence, gestion du produit..). Comment l'occupez-vous ?
- Modalités de gestion des traitements : qui gère les traitements prescrits ? S'il vous arrive de les gérer, rencontrez-vous des difficultés ?
- Que se passe-t-il si la personne accueillie consomme des produits (distinguer : produits psychoactifs de départ / alcool / traitement de substitution prescrit / auto-substitution) ?
- Comment l'accueil s'interfère-t-il avec la présence d'enfants/adolescents, autres personnes au foyer ?
- Contact avec la famille de l'usager ? Quel rôle pensez-vous avoir par rapport à la famille d'origine ?
- Participation à l'insertion sociale et professionnelle de l'usager (fêtes de famille, fête au village...)
- Préparation de l'usager à la sortie du dispositif : intervenez-vous sur la préparation à la sortie (projet professionnel, réinsertion, ouverture du réseau familial et social à l'accueilli...) ?

Question 8 :

- Pouvez-vous décrire ce qui, d'après votre expérience, fait l'intérêt de ce mode d'accueil pour vous et pour l'accueilli ?

Question 9 :

- Implications du statut "famille d'accueil" dans la vie quotidienne, sur le plan professionnel, familial et économique : changements dans votre vie ? Pouvez vous décrire ce qui a changé dans vos relations avec vos familles, amis, voisins, collègues depuis que vous êtes famille d'accueil... ?

Question 10 :

- Qu'est-ce qui vous motive le plus à poursuivre cette activité?
- Qu'est-ce qui vous pousserait à arrêter cette activité?

Question 11 :

- Points positifs et négatifs de ce mode de prise en charge des toxicomanies, et satisfaction par rapport au CSST (ce qui marche bien, ce qui manque au système..)
- Suggestions pour améliorer le système

Question 12 :

- Points supplémentaires dont vous souhaiteriez parler

Guide d'entretien "CSST"

Question 1 :

- Présentation du consultant, de l'évaluation et tour de table des différentes personnes présentes (profession, ancienneté dans le centre), réponses aux questions sur l'évaluation.

Question 2 :

- Taille du réseau, composition, type d'accueil réalisé, finalité et objectifs, accueil de mineurs, âge des personnes accueillies.

Question 3 :

- Pouvez-vous décrire ce qui, d'après votre expérience, fait l'intérêt de ce mode d'accueil ?

Question 4 :

- Faire préciser les modalités de recrutements des familles et les difficultés rencontrées, demander comment (par qui et sur quoi) les familles ont été questionnées sur leur motivation lors du recrutement et tenter de cerner les motivations de départ et leurs évolutions vues par les professionnels.
- Comment procédez-vous aux choix des familles en fonction des indications qui ont conduit à ce mode d'accueil :
 - critères de sélection au départ (ado, chômeur...), critères matériels, puis idée sur le profil des accueillis potentiels
 - choix des familles en fonction des accueillis
 - demande aux familles si elles n'accepteraient pas certains usagers ?
 - adéquation entre indication thérapeutique et caractéristiques des familles
 - adéquation entre attentes des usagers et caractéristiques des familles

Question 5 :

- Comment êtes-vous organisé concrètement pour : l'accueil des familles, le suivi des familles, le suivi des accueillis, la préparation à la sortie ?
- Explorer les soutiens logistiques (annuaire des personnes ressources, facilité de transport, formation, animation, budgets...) et les modalités d'accompagnement des familles (organisation du suivi des familles et des usagers, soutien régulier et occasionnel)
- Existe-t-il des spécificités en fonction des publics accueillis (pb psy, pb de santé type VIH...) et des consignes particulières ? Si oui, lesquelles ?
- Avez-vous un dispositif d'insertion sociale et professionnelle ? Si oui, pouvez-vous le décrire
- Avez-vous des contacts avec la famille d'origine, lesquels et comment se passent-ils ?
- Comment intervenez-vous dans la préparation à la sortie (aides administratives, accompagnement...) ?

Question 6 :

- Politique de gestion du produit (distinguer : produits psychoactifs de départ / alcool / traitement de substitution prescrit / auto-substitution) :
 - politique du centre, consignes données aux familles ?
 - que fait le centre s'il y a des consommations non autorisées ?

Question 7 :

- Explorer le rôle de la famille d'accueil vu par les professionnels, place de ce rôle par rapport à un travail professionnel : qu'est-ce qu'elles apportent en plus par rapport à vous (professionnalisme) ?

Question 8 :

- Y a-t-il des usagers que vous refusez de placer en famille d'accueil ou pour lesquels ce système ne fonctionne pas ? Si oui, lesquels ?

- Pour quels usagers ce mode d'accompagnement vous paraît-il le plus pertinent ? Le moins pertinent ?
- Comment gérez-vous les problèmes/crises et les arrêts prématurés (qui intervient, comment et quelles possibilités du réseau) ?

Question 9 :

- Pouvez-vous décrire et évaluer ce qui a changé dans les capacités et modalités d'accueil dans les familles du réseau ?
- Comment considérez-vous ces changements? Pourquoi?

Question 10 :

- Pouvez-vous décrire ce qui a changé dans vos pratiques, au contact des familles d'accueil? - Quelles sont les causes de ces changements?

Question 11 :

- Quand une famille cesse cette activité, quelles sont selon vous les raisons les plus fréquentes?
- Inversement, vous est-il arrivé de demander à une famille d'arrêter ? Si oui, pourquoi ?

Question 12 :

- Points positifs et négatifs du dispositif famille d'accueil et satisfaction par rapport au CSST et aux personnes prises en charge
- Suggestion sur l'évolutivité du système

Question 13 :

- Quelles sont les questions que vous auriez aimé que l'on vous pose ?
- Avez-vous des points à rajouter ?

Volet économique (sauf pour Grenoble) :

- Interlocuteur sur ces aspects au sein du CSST
- Personne chargée de cette évaluation : Mars PECHEVIS (EVAL-CEMKA) : 01 40 91 30 38
- Rappel des documents à récupérer :
 - 5 derniers rapports d'activité
 - 5 derniers bilans comptables
 - éléments de comptabilité analytique, s'ils existent

Guide d'entretien personne accueillie

Question 1 :

- présentation du consultant, de l'évaluation (réponses aux questions sur l'évaluation...)

Question 2 :

- Explorer le parcours de l'utilisateur, sans insister (comment êtes-vous arrivé là ?) : milieux socio-culturels, histoire familiale, 1^{ère} prise en charge, plusieurs séjours en famille d'accueil, histoire addictive (types de produits, modalités d'usage, circonstances d'usage, substitution), faire préciser les circonstances qui ont présidé à un accueil en famille (choix, justice ...)

Question 3 :

- Pourquoi on lui a proposé cette famille (sur quels critères) ?
- Préparation à l'accueil en famille ?
- Comment s'est passé le premier contact avec la famille d'accueil ?

Question 4 :

- Comment occupe-t-il ses journées ?
- Quelles relations avec la famille, les amis, les voisins ?
- Quels soutiens de la part du CSST ?
- Quels soutiens de la part de la famille d'accueil ?
- Quel lien existe-t-il selon vous entre la famille et le CSST qui vous a envoyé ? (relation à 3, collaboration, contacts...)

Question 5

- Comment se fait la préparation à la sortie ?
- Y a-t-il une démarche d'insertion sociale et professionnelle ?
- Qu'attendez-vous de la famille d'accueil au moment de votre départ ? Qu'attendez-vous du CSST ?
- Contact avec la famille d'origine ? Contact depuis que vous êtes en famille d'accueil ?

Question 6 :

- Pour vous, quel est l'intérêt de ce mode d'accueil ? Le conseillerez-vous ? A quels types d'utilisateurs ?

Question 7 :

- Êtes-vous sous substitution ? Si oui, quel produit, comment cela se passe-t-il, qui gère ?
- Avez-vous déjà eu envie de consommer des produits (*distinguer les produits*) depuis que vous êtes en famille d'accueil ? *est-ce que vous l'avez fait ?*
- Vous a-t-on fixé des règles de vie en famille d'accueil ? Si oui, lesquelles et qui les a fixées (le centre ou la famille) ? Y a-t-il eu négociation, adaptation ?
- Quelles sont, à votre avis, les limites à respecter en famille d'accueil ? De même, quelles sont les limites que vous n'êtes pas prêt à accepter ?

Question 8:

- Pouvez-vous décrire ce qui a changé pour vous depuis que vous êtes arrivé ? Qu'est-ce que ces changements vous ont apporté (responsabilité, insertion sociale ou professionnelle, autorité, relations...) ? Les considérez-vous comme bénéfiques ?

Question 9 :

- Quels sont les points supplémentaires dont vous souhaiteriez parler ?

Volet supplémentaire pour les anciens usagers du dispositif

- Faire préciser son histoire en particulier en terme de prise en charge : avant le séjour en famille d'accueil et après, durée du séjour
- Comment s'est terminé votre séjour ?
- Avez-vous gardé des contacts avec votre famille d'accueil? Si oui nature, fréquence? Si non, pourquoi et le regrettez-vous ?
- Avez-vous gardé des contacts avec les membres du CSST ?
- Etes-vous installé à proximité de votre famille d'accueil ?
- Avec le recul, avez-vous tiré un bénéfice de cette expérience ? Si oui, lequel ?
- Quelle est selon vous la valeur ajoutée d'une prise en charge en famille d'accueil ?
- Avez-vous été préparé à l'après séjour ? Si oui : quelle préparation avez-vous eue ? Pensez-vous avoir été bien préparé ? Pourquoi ?
- Conseilleriez-vous ce type de prise en charge ?

Synthèse des entretiens par type de personnes interrogées

**Présentation
des 4 réseaux
de familles d'accueil**

SOMMAIRE

1	Le centre Chimène (Issy-les-Moulineaux)	1
1.1	Historique	1
1.2	Description du réseau de familles d'accueil	1
1.3	Personnes accueillies en 1999	3
1.4	Déroulement de l'enquête de terrain	3
2	Le centre ALT (Troyes)	5
2.1	Description du réseau de familles d'accueil	5
2.2	Description de l'activité en 99	5
2.3	Description des personnes interrogées	6
2.4	Déroulement de l'enquête	6
3	Le centre Point Virgule (Grenoble)	8
3.1	Description du réseau de familles d'accueil	8
3.2	Description des personnes interrogées	8
3.3	Déroulement de l'enquête	9
4	Le centre Porte des Allemands (Metz-Luzech)	11
4.1	Présentation du réseau de familles d'accueil	11
4.2	Description de l'activité en 1999	14
4.3	Présentation des personnes interrogées	15
4.4	Déroulement de l'enquête	17

1 Le centre Chimène (Issy-les-Moulineaux)

1.1 Historique

Le centre Chimène est un des centres les plus anciens car il a pour origine une association (AID) créée dans les années 70. Cette association avait déjà un réseau de familles d'accueil. Dans les années 80 cette association a été déconventionnée (problème de gestion). Le centre Chimène a été fondé dans les cendres de cette association.

Le centre Chimène fait partie de l'association Centre d'Intervention dans la Dynamique Educative (Association loi de 1901 créée en 1962 CIDE).

Le centre Chimène a travaillé, en 1999, avec 11 FA, sur la base de 15 places agréées.

En juillet 2000 le réseau se compose de sept familles pour 15 places agréées. Quatre adultes (8 depuis le début de l'année) et 5 enfants sont accueillis.

Du réseau initial il ne reste aucune famille car elles étaient situées dans toute la France, notamment dans le SUD mais depuis quelques années, la DASS limite pour les réseaux non décentrés la distance entre le centre et la famille à moins de 200 km.

Ouverture du centre Méthadone en 1994, la cohorte des patients traités est d'environ 50 personnes.

Depuis deux à trois ans, développement de la prévention auprès des jeunes publics en collaboration avec des institutions « jeunes » non ciblées "toxicomanie".

1.2 Description du réseau de familles d'accueil

Constitution de l'équipe du CSST (environ 12 ETP au total)

1 directeur temps plein psychologue clinicien

2 médecins psychiatres, notamment en charge de la substitution

1 MG pour une vacation par semaine (retraité bénévole)

5 psychologues en charge des patients

1 psychologue en charge de la prévention

2 éducateurs

2 infirmières

1 assistante sociale psychologue

1 secrétaire

File active du centre Chimène

En 1999 :

300 patients, dont 40 sous Méthadone en 1999

Premier semestre 2000 :

155 patients pour le centre, dont 39 nouveaux, 46 sous Méthadone, 30 sous Subutex®. Le bilan de ce premier semestre 2000 est pour l'équipe comparable à l'année précédente. Pourtant (voir tableau) on note une nette diminution du rapport accueillis/places agréées, qui passe de 1,93 à 0,50. Par ailleurs on note 15 à 20 demandes de séjour en FA non satisfaites car les demandes étaient peu claires et aussi car le nombre de FA est trop faible.

Spécificité du centre

La prise en charge psychologique est dominante dans le projet thérapeutique du centre, le médico-social est un outil pour faire avancer les aspects psychologiques.

Cela se ressent nettement dans la formation des personnes qui composent l'équipe : sept personnes ont une formation de psychologues sur environ 12 ETP

L'accueil des patients est toujours réalisé par un psychologue. Chaque patient a un psychologue référent qui oriente l'utilisateur en fonction des besoins vers le médecin et /ou l'assistante (AS) sociale.

AS a un rôle très important elle travaille notamment avec les patients sur des projets de contrat d'activité.

Les FA étaient très actives il y a une quinzaine d'années car l'indication essentielle était la demande de sevrage. Avec le développement de la substitution, il existe un regain de la médicalisation des soins aux toxicomanes et un désinvestissement apparent de la prise en charge psychologique.

L'usage intensif des méthodes de substitution a entraîné une diminution quasi mécanique des demandes de cures et de post-cures.

Le vieillissement important des populations accueillies est lui aussi responsable de la diminution des demandes de séjour en FA. Il faut aussi retenir qu'avec la durée de l'usage de stupéfiants, les troubles psychiatriques sont plus fréquents et plus lourds.

Le centre Chimène développe donc depuis quelques années un travail de prévention en collaborant avec des structures spécialisées dans l'accueil des jeunes publics.

1.3 Personnes accueillies en 1999

29 personnes

Recrutement : mains de justice (6/29), association de lutte contre le sida (3/29), système sanitaire au sens large (10/29), le centre Chimène (10/29)

Pathologies associées à l'addiction et situations médicales : une sérologie positive pour le VIH (8), une sérologie positive pour VHC (5), des signes de la lignée psychiatrique (8), bénéficiant d'un traitement de substitution (16)

Personnes accueillies au premier semestre 2 000

Huit adultes et cinq enfants

Pathologies associées à l'addiction et situation médicale : une sérologie positive pour le VIH (2), des signes de la lignée psychiatrique (2), bénéficiant d'un traitement de substitution (5)

Durée des séjours : 7 mois (2), 3 mois(1) et cinq viennent de débiter

Ancienneté	Taille du réseau			Nombre de familles	Habitat
	Places agréées	Accueillis	Accueillis/places agréées		
Fin des années 70, Chimène depuis 1991					
1999	15	29 (99)	1,93	11	Rural isolé
				distance \geq 200 km	Bretagne, Normandie et EST de Paris au delà de SENS
Fin Juillet 2 000	15	8 adultes 5 enfants	0,50	7	idem

1.4 Déroulement de l'enquête de terrain

Nos consultants ont été bien accueillis, ils ont pu examiner tous les documents qu'ils désiraient (à voir avec la personne qui faisait l'évaluation financière) et ils ont reçu l'aide de l'équipe pour organiser les RDV.

L'équipe s'est montrée très intéressée par une évaluation des réseaux de FA en voyant là une possibilité d'approfondir sa réflexion

Nous avons rencontré tous les membres de l'équipe du centre Chimène, soit en entretien collectif, soit en entretien individuel. Au sein de cette équipe, personne ne suit spécifiquement le dossier FA.

Les familles du centre Chimène sont peu nombreuses et localisées en Bretagne, en Normandie et à proximité de la région parisienne à l'Est de la ville de Sens. Ces facteurs ont fait que le centre malgré la mise à disposition d'un consultant n'a pas pu organiser de réunion collective des familles et que seules deux familles (dont 1 seul membre pour une famille) ont été rencontrées en entretien individuel.

2 Le centre ALT (Troyes)

2.1 Description du réseau de familles d'accueil

Taille du réseau variable : 8 FA au début, maintenant 5

Créé en et géré par le CSST ALT

Composition de l'équipe

Types de séjours

FA origine rurale et urbaine, soit salariée, soit sans activité pour un des deux membres.

Resserrement des critères. Au début, acceptation de FA un peu marginales monoparentales ou seules mais expériences décevantes car la personne assume alors trop de fonction celle du père et de la mère à la fois. Il faut qu'un relais puisse être pris par l'un ou par l'autre à l'intérieur du couple.

Accueil de mineurs possible mais toujours en lien avec les institutions.

Référents pour les ud et les FA mais pas de professionnel chargé des FA

Baisse de l'activité et du nombre de FA due au développement des traitements de substitution.

Le centre déplore leur manque de stratégies de communications pour améliorer le recrutement des FA.

2.2 Description de l'activité en 99

629 journées d'hébergement

7 ud accueillis (5 du département, 2 extérieures)

7 h/0fe

Age moyen 28,5 ans, entre 23 et 34 ans

4 ud sevrés/3 en traitement de substitution (1 subutex et 2 méthadone)

2 séjours de moins d'un mois

3 séjours de 1 à moins de 3 mois

1 séjour de 3 à moins de 6 mois

1 séjour supérieur à 6 mois.

Durée moyenne des séjours est de 3 mois.

Les FA sont rémunérées 150 fcs par jour.

2.3 Description des personnes interrogées

Les accueillis

X1, h de 34 ans, vit en couple, travail intermittent, milieu ouvrier, héroïnomanie non injecteur, autres consommations d'alcool, cannabis, et occasionnellement cocaïne et ecstasy.

X2, h de 24 ans, célibataire, travail régulier, milieu ouvrier, héroïnomanie injecteur, alcool.

X3, h de 30 ans, célibataire, travail régulier, milieu employé, héroïne et cocaïne injectées, occasionnellement alcool et cannabis.

X4, h de 28 ans, vit en couple, travail régulier, milieu modeste, héroïne injectée.

Les familles

F1, couple, elle infirmière psy, lui sans emploi, accueille depuis 3 ans, accueille également des handicapés.

F2, couple, elle travailleur social, lui enseignant, 2 petits enfants, accueillent depuis 6 ans, 10 accueils.

F3 ", couple de maraîchers, 6 enfants dont 2 adolescents à la maison, ont une fille partie avec l'un des accueillis, accueillent depuis 5 ans, 14 accueils.

2.4 Déroulement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée dans de très bonnes conditions grâce à la collaboration active du centre de soins spécialisés ALT à Troyes. Le psychologue chargé des familles d'accueil avait organisé notre emploi du temps et pris lui-même nos rendez-vous avec les familles et les accueillis.

Les entretiens se sont bien déroulés, aucun rendez-vous n'a été annulé (ni par les familles, ni par les usagers) et lors de l'entretien collectif, toutes les familles prévues sont venues. Nous avons également eu un temps de discussion plus informel avec les familles et certains accueillis après l'entretien, ce qui nous a permis d'avoir des accès à des informations plus spontanées.

Concernant la teneur des entretiens : les familles se sont déclarées très satisfaites du dispositif, mais elles n'ont pas hésité à évoquer certaines difficultés et à demander certaines améliorations du dispositif, les usagers ont eu plus de mal à parler de leurs difficultés et des tensions rencontrées lors de leur séjour.

Le personnel du centre ALT s'est montré très disponible. Ils nous ont accordé plusieurs heures d'entretien collectif et nous avons pu avoir des entretiens avec certains d'entre eux pour avoir des précisions supplémentaires.

3 Le centre Point Virgule (Grenoble)

3.1 Description du réseau de familles d'accueil

Réseau créé en novembre 96 sur la base de l'ancien réseau d'Accueil Vie Espoir

11 FA

Pas de séjours supérieurs à 9 mois : nécessité d'avoir un terme pour trancher avec les séjours psychiatriques qui sont sans fin.

Possibilité de séjours d'un week-end ou de séjours très courts de quelques jours pendant les fêtes de Noël par exemple.

Accueil de mineurs pas effectué pour le moment car il faudrait avoir des interlocuteurs spécialisés dans l'accueil des mineurs.

Age de 20 à 38 ans.

3.2 Description des personnes interrogées

Les accueillis

- 1) X1 grenoblois, célibataire, vit chez ses grands-parents, travaille en intérim. Fin de séjour récente.
- 2) X2 : 40 ans, parisien, célibataire, travaille épisodiquement dans la restauration, 2 séjours : 1 pendant 6 mois à temps complet et le 2ème pendant 4 mois les week-ends. Fin de séjour.
- 3) X3 : femme, 28 ans, grenobloise, célibataire, secrétaire, travaille régulièrement, pathologie psychiatrique associée, anorexie, consommation exclusive de cannabis, séjour de 3 semaines. Fin de séjour récente.
- 4) X4 : 36 ans, parisien, célibataire, un enfant, sans emploi. Fin de séjour récente.
- 5) X5 : 32 ans, grenoblois, vit en couple, travaille régulièrement comme coursier. Séjour en cours.
- 6) X6 : 29 ans, grenoblois, travaille régulièrement dans la sécurité, pathologie psychiatrique associée, séjour de quatre jours pendant la période de Noël. Fin de séjour.

Les familles

- 1) Y1 : homme célibataire depuis peu, 2 enfants : un garçon de 13 et une fille de 16 ans, agriculteur, en montagne, FA depuis 8 ans mais en couple au début, son ancienne femme était alcoolique, 6 accueils.
- 2) Y2 : couple, gère un camping, FA depuis 5 ans, deux enfants mais pas à la maison, en montagne.
- 3) Y3 : veuve, assistante maternelle chez elle, FA depuis 3 ans, 4 enfants mais pas à la maison, à la campagne, 6 accueils.
- 4) Y4 : femme célibataire depuis peu, ferme et accueil à la ferme, un enfant de 27 ans accueilli puis adopté récemment, FA depuis 9 ans, en montagne.
- 5) Y5 : couple, 2 filles de 21 et 13 ans, illustrateurs, travaillent tous les deux à domicile, FA depuis quelques mois, 2 accueils, en campagne.
- 6, 7, 8) Y6 : 3 autres FA vues en groupe : 6) un homme célibataire, trois enfants, a un gîte, FA depuis 3 ans, en montagne.
- 7) Y7 : couple, agriculteur et assistante maternelle, un enfant qui participe à l'accueil, FA depuis 3 ans, en montagne.
- 8) Y8 : un couple de moins de 30 ans, deux enfants en bas-âge, herboriste et animatrice, FA depuis 3 ans, à la campagne.

3.3 Déroulement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée dans de très bonnes conditions grâce à la collaboration active du centre de soins spécialisés Point Virgule à Grenoble. Sa directrice avait organisé notre emploi du temps et pris elle-même nos rendez-vous avec les familles et les accueillis. Nous avons eu la possibilité d'aller rencontrer deux familles d'accueil à leur domicile, ce qui nous a permis d'observer les conditions de vie des accueillis sur place.

Les entretiens se sont bien déroulés, aucun rendez-vous n'a été annulé et lors de l'entretien collectif, toutes les familles prévues sont venues. Le centre avait organisé un apéritif avec les familles ce qui nous a permis de mener des discussions informelles et d'avoir accès à des informations supplémentaires sur le réseau familles d'accueil.

Concernant la teneur des entretiens : les familles se sont déclarées très satisfaites du dispositif, mais elles n'ont pas hésité à évoquer certaines difficultés et à demander certaines améliorations du dispositif, les usagers ont eu plus de mal à parler de leurs difficultés et des tensions rencontrées lors de leur séjour.

Le personnel du centre Point Virgule nous a accordé un entretien d'une matinée entière et nous avons pu discuter à plusieurs reprises avec la directrice pour avoir des renseignements supplémentaires.

4 Le centre Porte des Allemands (Metz-Luzech)

4.1 Présentation du réseau de familles d'accueil

Objectifs et fonctionnement

Le CSST de Metz « Porte des Allemands » gère un réseau de FA situé dans un rayon de 90 km autour de Cahors, en articulation avec l'outil « Espace Sport Thérapie » de Millau.

1^{er} agrément du Ministère de la Santé en 1977

Les objectifs sont de l'ordre du soin : il est nécessaire de prendre en compte la personne toxicomane dans sa globalité, donc sur les plans physique, psychique et social. L'essentiel est de prendre en compte la personne « là où elle en est » et de l'accompagner dans le respect de « ce qu'elle est » dans la démarche entreprise de se départir de sa toxicomanie pour faire un choix de vie à plus long terme.

L'accueil en FA est un outil à un moment dans la trajectoire.

C'est un « lieu privilégié d'accompagnement individualisé qui permet une grande souplesse dans la prise en compte de personnes d'âges et de profils très différents. »

2 principes : principe de réalité et accompagnement individualisé

Logique de bon sens.

Fonctionnement, importance et intérêt des différents niveaux d'intervention :

- à Luzech : 1 chef de service (éducatrice spécialisée et thérapeute familiale), 1 éducateur spécialisé, 1 secrétaire-maîtresse de maison

- à Metz : 1 directeur, 1 médecin généraliste, 1 éducatrice spécialisée intervenant en amont et en aval des prises en charge en famille...

- à Millau : 1 éducateur sportif

superviseur psychiatre : 3 heures par mois. Pas de position hiérarchique, regard extérieur.

Des partenaires dans la région de Luzech, en particulier des partenaires médicaux : 1 MG alcoologue, 1 psychiatre, 1 pharmacien « relais »... et des partenaires sociaux/insertion : Centre Interinstitut de Bilan de Compétence (CIBC), association de formation professionnelle pour adulte (AFPA), centre d'information et d'orientation (CIO) et ANPE. Complémentarité de compétences à mettre en place, il faut être vigilant pour entretenir de bons rapports.

Ces niveaux d'intervention sont clairs pour tout le monde (FA comme accueillis).

L'articulation entre les équipes de Metz et Luzech est formalisée :

trois réunions téléphoniques par semaine à des horaires fixés,

des fiches de liaison sont renvoyées une fois par semaine à Metz,

une fiche technique d'information sur le réseau de FA est transmise une fois par mois à Metz

les dossiers sont envoyés par fax la veille des départs.

Les communications concernant le fonctionnement du service restent libres entre le directeur et l'équipe de Luzech.

2 formules/orientations dans le réseau :

prise en charge thérapeutique = long terme : équipe et moyens identifiés

famille-relai = court terme, support (cf 1 famille dans la Meuse), pas de construction autour du séjour, attentes différentes)

Accueil de personnes avec handicap (fin de vie, aveugle, corset, régime particulier...) si autonomie minimale.

Beaucoup de 1ères démarches (80 à 85%, stable avec le temps).

Séjour pour 1 mois au départ. Possibilité de prolonger de 3 mois, à 2 reprises. Donc 4 mois et 7 mois. En général, l'accueilli remonte à Metz après le 1^{er} mois, puis après le 4^{ème} (retour dans le milieu d'origine pour se reconfronter...).

Objectifs : 1^{er} mois : se faire une image d'eux-mêmes, être dans le cadre (respect du règlement). Schéma de travail ensuite, équipe plus exigeante...

Il existe un « référent » par accueilli : personne du centre d'accueil de Metz ou d'un autre centre, éducateur, parent... Mais il n'y a pas d'éducateur « référent » pour l'accueilli (problème de faisabilité). Les éducateurs travaillent sur des thèmes différents avec l'accueilli : génogramme (se situer dans sa famille », et analyse transactionnelle (mécanismes de communication)

On ne favorise pas la réinsertion dans la région.

Originalités

* Séjour court (1 mois) : sert le plus souvent à faire un diagnostic, décoincer un problème familial, dédramatiser ou « stopper un processus d'autodestruction ». C'est un « bout de chemin important », il est important de bien l'expliquer aux FA car ce n'est pas forcément un échec, il peut y avoir plus tard un second séjour en FA avec un objectif plus classique.

* Service de « suite » : souvent proposé. Possibilité pour un ancien accueilli de revenir pour faire le point, pour un soutien...= Séjour référence et maison de Luzech... Coût énergie-temps plus important que pour un placement en FA.

* Stage de sport à dépassement : dynamique individuelle, pas de groupe

* Si possible, en parallèle du séjour, soutien de la famille d'origine au centre d'accueil à Metz pour éviter un décalage. On propose aussi à la famille de descendre quelques jours à la maison de Luzech.

Construction avec le temps

Evolution de « familles d'accueil » vers « accueil en famille », qui correspond mieux à un moment dans la trajectoire des personnes.

Evolution : plus d'actes, plus d'accompagnement, plus de temps par accueilli : forte hausse des actions périphériques (notamment prise en charge hépatite C...). Pas validé, le dispositif trouvera là sa limite s'il n'est pas validé. Si hospitalisation pendant le séjour en FA, 0 jour comptabilisé, mais éducateurs passent beaucoup de temps (passage à l'hôpital, contacts avec partenaires...). Suivi après-séjour : lourd, beaucoup d'énergie (partie jaune tableau).

Actions périphériques (accueil parents, liens partenaires...) demandent beaucoup d'énergie, mais non valorisées.

Autres points

- Souhaiterait appartement thérapeutique pour un relais (continuité des soins, autonomie plus grande) pour certains à la sortie de FA, mais refusé pour le moment.

- OK avec le plan triennal, sauf qu'ils ont oublié de parler d'environnement or « on ne peut travailler sans prendre en compte l'environnement ».

- Autoévaluation permanente (travail de toute l'équipe autour des rapports d'activité, rencontre avec les familles, réflexion autour de synthèses par famille et par accueillis par rapport à sa trajectoire..). Processus de recherche-action.
- Mise à plat permanente, visibilité sur tout. Remise en compte permanente du fait de l'individualisation des prises en charge (sujet toujours au centre).
- Non mise en danger d'une FA par l'accueil d'une personne ayant des affections psychiatriques avec risque de passage à l'acte dans la violence contre elle-même ou contre les autres, ou étant sur le registre de la perversion.
- Inquiétude par rapport à l'augmentation des cas psy. Le sevrage au produit refait émerger les problèmes psy, ça apparaît après quelques mois.

4.2 Description de l'activité en 1999

- 14 places agréées,
- 25 FA dans le réseau (10 de moins de 5 ans, 7 de 5 à 10 ans et 8 de plus de 10 ans), dont 19 mobilisées en 99,
- 62 personnes accueillies, soit 3960 nuitées.

Répartition des 62 personnes :

- 12 pour des séjours « référence » (personnes plus en FA, venant rencontrer l'équipe ponctuellement en terme de référence »
- 2 accueillis dans la FA de Metz,
- 3 dans le cadre d'un stage de sport à dépassement (service méthadone de Metz)
- 45 personnes accueillies en FA à Luzech (plus 5 enfants, en continu ou par intermittence)

Description des 45 accueillis en 99 :

- 36 hommes, 9 femmes,
- Moyenne d'âge : 28 ans. 12 de 18 à 24 ans, 18 de 25 à 29 ans, 13 entre 30 et 39 ans, et 2 de 40 ans ou plus ;
- Ancienneté de la toxicomanie : 6 mois à 1 an pour 3 personnes, moins de 5 ans pour 10 personnes, 5 à 10 ans pour 24 personnes et plus de 10 ans pour 8 personnes.
- 76% originaires d'Alsace-Lorraine , 16% du Nord-Pas de Calais, 8% d'autres départements (25, 76, 78, 92)
- 47% ont été incarcérés au moins une fois,
- 25 ouvriers, 16 employés et 4 personnes sans CSP
- produits principaux : héroïne pour 38 personnes, cocaïne (1 personne), cannabis (1 personne), ecstasy et alcool (1 personne), médicaments et alcool (4 personnes).

- 44 personnes utilisent simultanément plusieurs produits. La polytoxicomanie persiste, voire s'accroît : cocaïne (produit secondaire pour 60% des accueillis), ecstasy, Subutex, alcool.
- 35 (78%) personnes sont sous Subutex au moment de l'admission (15 depuis moins de 6 mois, 9 depuis 6 à 12 mois, et 11 depuis plus d'un an), mais seules 10 (22%) le sont encore pendant leur séjour en FA : 9 sous Subutex et 1 sous méthadone. Aucun traitement n'a été initialisé pendant le séjour.
- Plusieurs post-cures pour 14 personnes.
- 1 VIH et 6 sérologies inconnues. 5 personnes ont eu une hépatite B. 17 ont une sérologie positive pour l'hépatite C (et 4 sérologies inconnues).

4.3 Présentation des personnes interrogées

Les accueillis

9 accueillis ont été rencontrés en entretien individuel, dont 4 anciens (2 vus et 2 par téléphone)

Accueillis au moment de l'enquête :

X1, homme de 42 ans, marié, sous Subutex, en famille d'accueil depuis 4 mois et repart pour 3 mois supplémentaires.

X2, homme de 23 ans, une copine et un enfant, en famille d'accueil depuis 4 mois pour encore une semaine. Après 2 mois en famille d'accueil, il a voulu repartir dans sa famille (contre l'avis de la famille et du centre), et a décidé de revenir au bout d'une semaine.

X3, homme de 20 ans, en famille depuis 1,5 mois. Avait déjà fait un séjour en famille d'accueil, mais pas pour toxicomane.

X4, homme entre 30 et 35 ans, en famille d'accueil depuis 3,5 mois et continue encore 3 mois.

X5, homme de 35 ans, en famille d'accueil depuis 8 mois, prolongation de 2 mois jusqu'à la fin de l'été.

Anciens accueillis :

X6 (par téléphone), femme actuellement en couple (avec un ancien accueilli en famille d'accueil) avec un enfant, installée près de Narbonne. Est arrivée en FA dans un centre équestre en 1997 et y est restée près de 2 ans, logée de façon indépendante : d'abord en temps qu'accueillie, puis avec un contrat en temps qu'employée au centre. Très contente de son séjour. A eu une fin de séjour difficile et n'a pas voulu repartir dans l'Est. Puis elle a préparé des concours, est partie en foyer et a trouvé du travail assez rapidement. A gardé le contact avec les éducateurs.

X7 (par téléphone), homme actuellement marié avec un enfant, est resté 7 mois en famille d'accueil en 1994. A la fin de son séjour, tout était réglé pour la suite : il avait une formation et un appartement sur Toulouse, et la possibilité de suivre une psychothérapie là-bas (ce qu'il n'a pas fait, mais ça l'a rassuré). Il a ensuite trouvé du travail. Il est resté en contact avec sa famille d'accueil et leur rend visite une fois par an. Il est également en contact avec les éducateurs.

X8, homme de 22 ans, utilisateur de produits comme défonce (dépendance très large), a passé 1,5 mois en famille d'accueil, en est revenu depuis 15 jours. Avait fait 10 ans de foyer avant.

X9, homme de 40-45 ans, travaillant dans la région. Après 25 ans de toxicomanie, il a passé 4 mois en famille d'accueil début 1999, en est parti car il a trouvé un travail en répondant à une annonce. Il était sevré quand il a débuté son séjour. Il revoit les éducateurs (service de suite) et revoit sa famille d'accueil à l'occasion. Depuis, il est remonté quelques jours en Lorraine et s'est fait arrêté pour trafic de stupéfiants.

Les familles

5 FA ont été vues en entretien individuel et 4 en entretien collectif.

Entretiens individuels :

F1, couple tenant une station-service en périphérie de Cahors, accueille depuis 13 ans, une quinzaine d'accueils, 1 enfant installé dans le quartier.

F2, couple s'occupant d'un élevage d'ovins « haute technicité », ont commencé à être FA quand leurs enfants sont partis à l'université, il y a 7 ans, lui est très impliqué dans le milieu.

F3, couple de viticulteurs, 2 enfants plus à la maison (qui n'étaient que le week-end quand ont commencé l'accueil), grand-mère vivant sous le même toit, accueille depuis 15 ans, environ 30 accueillis.

F4, couple, lui maçon et elle au foyer, 4 enfants plus à la maison, accueille depuis 5 ans avec une interruption.

F5, couple et fils marié tenant un garage, accueille depuis 15 ans. Progressivement, le fils reprend l'accueil.

Entretien collectif :

F6, couple d'agriculteurs, grand-mère sous le même toit, accueille depuis 20 ans,

F7, homme seul, que des hommes dans le foyer, élevage de canards, accueille depuis 5 ans.

F8, couple avec homme au foyer (travaillait avant dans une base nautique avec des jeunes handicapés), 1 enfant, accueille depuis 5 ans, accueille aussi des enfants de la DDASS.

F9, couple, poulailler industriel, accueille depuis 3 ans.

4.4 Déroulement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée dans de très bonnes conditions, aussi bien à Metz qu'à Luzech. Nous avons donc rencontré l'ensemble de l'équipe, le directeur du CSST était présent à Metz et à Luzech. Notre emploi du temps a été complètement organisé par l'équipe, à partir des « quotas » de rendez-vous que nous devons respecter.

Les entretiens individuels avec les familles et les usagers se sont complètement insérés dans l'emploi du temps des éducateurs, qui leur rendent visite une fois par semaine : ils rencontraient la famille pendant que nous rencontrions l'utilisateur, puis inversement. Tous ces entretiens individuels ont donc été réalisés au domicile des familles, ce qui nous a permis d'observer les conditions de vie des accueillis sur place.

Les entretiens se sont bien déroulés, aucun rendez-vous n'a été annulé et lors de l'entretien collectif, toutes les familles prévues sont venues. Le centre avait organisé un dîner avec les familles, ce qui nous a permis de mener des discussions informelles et d'avoir accès à des informations supplémentaires sur le réseau familles d'accueil.

**Synthèse
des entretiens avec
les 4 équipes des CSST**

SOMMAIRE

1	Phase de recrutement des FA	1
2	Phase de préparation à l'accueil	5
3.	Arrivée	8
4.	Suivi/séjour	8
5.	Préparation au départ/ Départ	11
6.	Situations particulières	12
7.	Appréciation du dispositif et avenir	14
8.	Remarques et points particuliers	17

1 Phase de recrutement des FA

Centre A

- Au départ, il existait un vaste réseau de familles d'accueil situées essentiellement dans le sud de la France. Il s'agissait pour la plupart de familles privilégiées d'un point de vue intellectuel (enseignants..) et affectif. Souvent il ne s'agissait pas de familles paysannes de souche, mais de citoyens dans une problématique de retour à la terre, des « néoruraux ». Ces familles devenaient familles d'accueil par curiosité de l'autre et solidarité avec les démunis et aussi animées par une idée de partage. Les familles étaient plutôt militantes. Parfois encore il s'agissait de personnes pour lesquelles l'accueil était une tradition familiale, aussi pour certains «un savoir faire et une envie d'élevage». Le recrutement se faisait de bouche à oreille et par petites annonces.
- Actuellement il existe peu de familles de ce type, les motivations sont moins altruistes. Il s'agit soit d'une problématique de «réparation» ou pour d'autres d'un besoin financier.
- Depuis quelques années, le recrutement est difficile. Le centre passe des annonces dans les journaux gratuits ou cible davantage en utilisant une presse connotée comme Cheval Magazine, Le Chasseur Français, Télérama ou encore les bulletins d'associations (associations d'insertion en milieu rural notamment)
- Il y a quelques années le centre avait contacté les services de la ASE et avait recruté des assistantes maternelles frappées par la limite d'âge.
- Le premier contact avec la famille se fait par téléphone avec une première évaluation de la «demande», de l'expérience dans l'accueil, des antécédents de la famille (alcool, addictions ...), des représentations de la toxicomanie, racisme, il faut des familles bien intégrées à la vie sociale de leur région...
- Puis ils laissent un temps de réflexion assez long avant de reprendre contact avec la famille. Si elle manifeste toujours les mêmes intentions, un premier RDV est fixé au centre, puis une personne de l'équipe se déplace dans la famille pour voir les lieux (conditions matérielles pièces indépendantes) et rencontrer tous les membres de la famille, évaluation du «degré de névrose» familiale puis présentation de la famille en réunion de synthèse avec acceptation ou refus.
- Les familles sont questionnées par rapport à leur ouverture d'esprit, leur tolérance à la maladie, au VIH, au racisme, aux problèmes des sortants de prison... Toute réticence est une cause de refus.
- Causes de refus de famille les plus souvent évoquées : motivations économiques trop fortes, positions de la famille ou d'un des membres par rapport à la toxicomanie incompatible avec l'approche du centre, problème matériel (manque de place, problème de transport, supérieur à 200 Km.....), fixation de limites par la famille dans son accueil trop prégnantes, famille trop pathogène, famille mal intégrée à la vie sociale et associative de son lieu de vie.

- Raisons évoquées pour cesser de collaborer avec certaines familles : perte de confiance, trop forte collusion entre la famille et l'accueilli, motifs graves (divorce, séparation, recherche à accaparer les enfants de l'accueilli, approche de type «adoption» ou de famille «de substitution» pour l'accueilli...).

Centre B

Appel à candidatures, annonces dans la presse locale. En 95, beaucoup de campagnes dans la presse, dans les journaux internes de structures, reportages télé puis on s'est calmés. Au début, on ne mettait pas le mot toxicomane mais celui "personne en difficulté" dans l'annonce, maintenant, si. Les dernières annonces, zéro réponse. On cherche à recruter de plus en plus en milieu rural. Pour être fa, il faut du courage et une façon de voir le monde particulière, les FA s'offrent sans connaître la question de la toxicomanie.

Ensuite, on reçoit les fa, la secrétaire donne les infos puis un rendez-vous avec deux collègues (sans spécificités au niveau des professions). Pendant l'entretien, on essaie d'avoir de l'intuition et surtout de voir leurs motivations par rapport à l'argent. Mais maintenant, on accepte qu'ils puissent être intéressés par l'argent mais il ne faut pas que ce soit le plus déterminant.

Ensuite, une visite à domicile pour sentir les choses et décrire ensuite la famille aux résidents. Le seul vrai critère de contre-indication est l'absence de chambre indépendante. Sinon, on peut avoir d'autres contre-indications comme les familles monoparentales, le racisme ou des gens trop rigides. Il faut aussi que les familles soient bien structurées. On avait par exemple, refusé un jeune couple avec un bébé et une grand-mère à la maison, l'ensemble nous paraissait trop fragile.

On ne met jamais des usagers avec des problèmes psychiatriques ou des psychopathies (des gens qui pourraient dépouiller la famille). Ces critères nous viennent de l'expérience.

La demande d'aller en FA vient toujours de l'ud mais s'ils ne connaissent pas, on peut leur proposer. Le recrutement se fait par plusieurs entretiens téléphoniques puis ils viennent rencontrer la fa. Au début, seulement des ud de notre centre mais maintenant, de plus en plus de l'extérieur. Plus difficile avec les ud extérieurs car on les connaît pas.

Ensuite, avec l'as, construction des motivations et du dossier. Avant, délais d'attente très longs, maintenant, on va beaucoup plus vite.

La rencontre entre l'ud et la FA se fait hors de notre présence, à l'hôpital ou au centre. Si on voit que ça peut marcher, signature d'un contrat sur les droits et devoirs de chacun, contrat signé tous les mois. Après, le premier mois, on fait le point sur l'ensemble du projet. Les séjours commencent toujours par un mois, puis après quatre ou neuf. Pas de séjour minimum mais une limite de durée maximum.

Centre C

FA venant de l'ancien réseau d'Accueil Vie Espoir, annonces dans les journaux comme télérama ou des journaux catholiques, des gratuits ; courriers ciblés dans centres équestres, gîtes d'étapes, fermes. Récemment émissions de radios locales. Sollicitations du réseau professionnel mais sans succès.

Essais de rapprochement du Centre Tempo de Valence pour pouvoir s'appuyer sur leurs familles en cas de surplus de demandes.

Fréquemment réponses aux annonces pour des motivations uniquement financières, cette année, 10 FA visitées, seulement 3 recrutées.

Pour le futur, souhait de recruter en créant des pôles géographiques avec comme objectifs :

- 1) de développer des FA là où il n'y en a pas
- 2) de renforcer là où il y en a peu pour que FA puissent se soutenir
- 3) de développer des pôles proches de Grenoble pour que les accueillis puissent travailler et être en FA.
- 4) Facilités pour les réunions

Après la réponse aux annonces, visite sur place avec la directrice et la psychologue. Discussion sur les objectifs du CSST et surtout ne pas cacher les difficultés potentielles (VIH, délinquance) et on fait parler les FA sur eux-mêmes pour repérer leur histoire et leurs motivations.

Motivations = une tradition d'accueil familiale institutionnelle ou informelle, une volonté de retour à la terre un peu baba, des fa ayant connu des difficultés personnelles veulent partager des choses avec les accueillis.

Evolutions de motivations : périodes où réponses pour motivations uniquement financières.

La condition essentielle pour accepter une FA est qu'ils acceptent de collaborer avec le CSST et qu'ils ne fassent pas l'accueil tous seuls.

Trois FA ont été exclues :

- 1) une fa avec une histoire personnelle trop douloureuse (2 décès récents d'enfants)
- 2) une FA pour du prosélytisme religieux
- 3) une FA avec une mésentente trop importante au niveau du couple.

Attention particulière vis-à-vis des FA qui n'ont pas eu d'enfants et qui font de l'accueil.

Certaines FA un peu trop insolites restent dans notre réseau mais sont à utilisation restreinte : par exemple, un h seul avec enfants, on ne lui envoie pas de jeunes f en accueil. On est moins exigeants parce qu'on a de moins en moins de FA candidates.

Le critère principal = que l'ud ait un espace à soi, soit une chambre, soit une caravane.

ud exclus du recrutement = incapacité à être en relation, problèmes psy trop importants, violence, consommation active, quelqu'un qui est tout le temps dans la revendication et qui a du mal à se positionner face aux autres.

Acceptation d'ud sous substitution mais stabilisés.

Plus qu'un type d'ud, c'est le moment qui compte et dans ces moments, leur rapport à l'autre et au produit. Ils veulent être accueillis en tant que "moi" et pas en tant que "toxicomane".

2 types d'ud 1) ceux du CSST 2) les demandes extérieures

Pour les 2èmes, après courrier, les ud doivent nous donner leurs motivations et un référent dans leur CSST d'origine, venir trois jours à Grenoble à Point Virgule pour les tester. Prise en charge de leur hébergement et de leur nourriture mais doivent payer le billet de train. Entretiens avec la psychologue et l'éducatrice FA.

Centre D

Le recrutement des familles se fait le plus souvent par cooptation. Depuis 5 à 6 ans, le centre utilise également des petites annonces dans les journaux communaux. Dans quelques familles, les enfants devenus adultes, et qui ont grandi avec des accueillis, ont repris l'accueil.

Les critères de sélection des familles ne sont pas faciles à exprimer :

- appartenance à la vie sociale et associative, pas de racisme (ni de la part de la famille, ni de la part du village, ce second point expliquant la disparition de certains réseaux de FA),
- « capacité d'écoute, à alterner souplesse et fermeté, à verbaliser le bien et le mal »
- capacité de travail en équipe,
- « ne pas être dans la toute-puissance, l'aide pour l'aide »,
- « être rigoureux sans être rigide, la main de fer dans le gant de velours »
- le centre privilégie « les familles qui privilégient leur équilibre familial. Elles savent où elles vont, sont pertinentes ».

Autre critère difficile : repérer s'il y a eu un enfant mort dans la famille.

« On ne recrute jamais de familles ne paraissant pas adéquates, même en manque de FA ».

De façon plus générale : « on attend des FA qu'elles soient elles-mêmes... On touche pas aux règles de vie des FA ». En FA, il faut « un espace de vie, d'expérimentation » : ce sont des non professionnels avec leurs imperfections : c'est le principe de réalité. « C'est nommé dès le départ : personne n'est parfait, ni l'accueilli, ni la famille, ni l'éducateur ».

La phase de recrutement dure de 4 mois à quelques années.

La procédure est la suivante : les éducateurs se rendent dans la famille pour présenter l'accueil en famille et en discuter. Une 2^e visite a ensuite lieu avec toute la famille (« tout le monde doit être partie prenante », « toute la famille doit être accueillante ») : souvent la famille se livre plus. Il y a encore une 3^{ème} visite dans la famille, puis si la procédure est bien avancée, la famille est invitée à la réunion annuelle des FA. Le directeur rencontre toujours la famille avant le 1^{er} accueil.

2 Phase de préparation à l'accueil

Centre A

- Quel type de famille pour quel patient ? L'adéquation entre patient et famille n'est pas facile à expliciter car elle est très subjective et fondée sur «une intime conviction de l'équipe sur l'alchimie possible». C'est pourquoi la sélection des familles est longue.
- Avant il existait une fiche avec les goûts des familles (sports) et une autre avec les centres d'intérêts des usagers mais la pratique s'est perdue.
- La préparation se fait par téléphone par une présentation du patient.
- Les mauvaises indications à un départ en FA sont : une addiction active et abusive, une pathologie clinique ou psychiatrique trop lourde à gérer en ambulatoire, patient trop déstructuré.
- Les indications les plus pertinentes sont : patients jeunes, les patients qui supportent mal la vie en collectivité, jeunes femmes avec enfants, les personnes qui ont encore un avenir.

Centre B

Si on peut choisir les familles en fonction des ud, on le fait mais c'est très rare vu le manque de familles. Par exemple, pour des ud qui doivent être isolés de leur milieu, on les met en milieu rural ou sinon, on essaie de faire des "bons mariages" en fonction des caractères. On fait aussi attention au fait que si les ud travaillent sur Troyes, on les met dans la ville même.

Après la visite à domicile des familles, on organise une séance de formation durant laquelle elles peuvent renoncer à l'accueil. Durant la formation, on appuie sur la question de la séropositivité, on leur présente ce que fait le CSST. On leur donne des infos sur les pathologies et les risques potentiels, sur la question des traitements tout en conservant le secret médical. Les pathologies des ud ne sont jamais connues par les familles. On les informe aussi de manière plus générale sur les troubles de l'adolescence et les produits psychoactifs, sur ce que le séjour va pouvoir apporter au résident, sur les rapports avec la justice. Importance de la formation car on ne veut pas que la FA nous reproche de ne pas avoir été informées.

Après cette formation, présentation du contrat et proposition à la DDASS pour validation sauf si cette FA est sur "liste rouge" de la DDASS. On ne demande pas si elles refusent certains ud mais peuvent donner leurs préférences, on essaie d'être souples.

Centre C

Choix des FA selon ud.

2 lieux pas adapté pour les femmes seules puisque les FA sont des hommes seuls.

Une FA disponible ne veut pas dire libre car la FA peut avoir besoin de récupérer, il leur faut du repos.

Lecture du contrat entre FA et ud au CSST pour que chacun puisse discuter chaque point et donner son avis. Possibilité de rajouter des points au contrat type comme interdiction d'alcool à table ou limitations des retours sur Grenoble.

Importance du temps de préparation car un ud qui a fait la demande peut se rendre compte durant ce temps que la FA n'est pas une solution pour lui, pour les FA aussi pour qu'elles puissent refuser un ud.

Centre D

Toutes les demandes d'admission se font au CSST de Metz et le départ se prépare à Metz, avec prise en compte des points suivants :

- aspect médical (visite médicale),
- « filet » : si problème, où rentre, qui le recueille...
- sécurité sociale à jour,
- pièce d'identité ou attestation de perte,
- dossier juridique et judiciaire...,

- réintroduction de la famille (par téléphone ou rendez-vous),
- dossier constitué,
- dossier social (dette, RMI, employeur...).

Si tout est résolu, le dossier est présenté aux éducateurs de Luzech pour qu'ils recherchent une famille adéquate. Les accueillis signent un contrat avant leur départ de Metz, spécifiant en particulier l'interdiction de prendre de l'alcool. Une copie est donnée à la FA.

L'équipe de Metz n'a plus de contact avec l'accueilli quand il est en FA, mais fait des points régulièrement (2 fois par semaine) avec l'équipe de Luzech.

- « Les personnes arrivent avec leur imaginaire, il faut travailler sur les représentations, sinon il y a un gros décalage quand ils arrivent en FA ».

- « Il faut éviter la répétition de ruptures. »

Peu de formations sont données aux familles « pour ne pas les déformer », mais on leur donne des informations sur la toxicomanie, le Sida...

Adéquation famille-accueilli

Le centre a établi une certaine typologie des FA : quelques familles sont capables de tout type d'accueil (« certaines sont spécialisées pour récupérer les jeunes loin ». « Certaines FA posent mieux le cadre »).

L'adéquation n'est pas facile à exprimer, elle prend en compte de nombreux paramètres, dont certains sont subjectifs. Mais le plus souvent, les membres de l'équipe pensent à la même famille pour un accueilli donné.

Un certain nombre de paramètres sont pris en compte lors du choix de la famille pour un accueilli : saison, problèmes ou changements dans les familles (tension, problème médical, divorce, manque de disponibilité...), activité de la famille, existence de rapports commerciaux, acceptation de régimes alimentaires particuliers (maghrébin par exemple).

Certaines FA poussent plus loin la réflexion : il ne faut pas forcément y placer des jeunes « réfléchissant ». En général, l'adéquation est plutôt la suivante : jeunes réfléchis dans FA plus simples, et inversement.

Pour les accueillis maghrébins, il faut faire attention aux relations avec la femme de la famille. Des problèmes ont déjà été rencontrés.

L'admission est fondée sur ce qui est dit par le jeune ou le centre d'accueil, mais pas sur une expérience de vie en commun 24h/24.

3. Arrivée

Centre A

- En règle générale, le référent accompagne l'accueilli dans la famille, mais il peut aussi arriver que l'utilisateur parte seul en train.
- Avant le départ (quelles que soient les modalités de transport), l'utilisateur téléphone à la famille pour prendre un premier contact personnel.
- Les choses sont plutôt simples : on demande à l'accueilli de vivre et de s'adapter au rythme de la FA et à ses modes de vie.

Centre B

L'accueilli prend le train de Metz à Cahors, puis le bus jusqu'à la maison de Luzech où il rencontre les éducateurs. Souvent, l'accueilli arrive dans la famille juste avant le déjeuner, en compagnie d'un éducateur qui reste au déjeuner : convivialité...

Dans plusieurs familles, l'accueilli bénéficie d'une chambre indépendante avec salle de bains.

4. Suivi/séjour

Centre A

- Le suivi se fait majoritairement par téléphone, les familles ou l'accueilli peuvent appeler (et ils le font) le centre quand ils veulent.
- Nous n'avons pas de secret partagé avec les familles sur les accueillis, lorsque nous parlons à la famille nous parlons toujours à l'utilisateur.
- Il existe une réunion par an de toutes les familles.
- Au début, il existait un référent spécifique pour les familles, puis l'idée a été abandonnée au profit d'une responsabilisation de toute l'équipe mais avec les difficultés de recrutement qu'ils connaissent, ils vont à nouveau recourir au système des référents et réfléchissent à des outils d'animation de leur réseau de FA ;
- Il n'existe pas de formation pour les familles mais une information informelle au cas par cas, les familles expriment surtout des demandes du côté de l'affectif plus que du savoir, il existe un besoin fort de reconnaissance plus que de réunions de travail

- Les FA ne doivent pas devenir des professionnels de la toxicomanie, elles doivent rester dans leur simplicité de vie, elles ne sont pas partenaires dans le projet thérapeutique, elles apportent juste l'accueil, il est important que l'accueilli soit regardé par des non professionnels de la toxicomanie juste comme une personne ordinaire.

Centre B

Visite d'une personne référente de la famille et de l'accueilli toutes les semaines. L'assistante sociale est le pôle de référence des familles et les autres intervenants, des accueillis. En plus, visites régulières des ud au CSST pour ses RDV.

FA doit garantir continuité des soins, si l'ud a une rage de dents par exemple, elle s'en occupe mais on rembourse les soins. On laisse une grande autonomie mais défraiement de tous les frais de déplacements ou médicaux. Pas de contrôle des FA. Les FA se font vacciner contre l'hépatite B.

Tous les trimestres, rencontre collective des FA et échange collectif avec nous sur le vécu des séjours en cours. Echange de compétences entre elles et soutien pour les FA en difficultés, ce soutien basé sur l'expérience, le CSST ne peut pas l'apporter.

Pas de dispositif d'insertion spécifique, au cas par cas.

On ne favorise pas spécialement les contacts avec la famille d'origine mais certains ud peuvent être contents de nous présenter leur famille à nous ou à la fa.

On ne vire les ud que s'ils ont brisé le contrat.

L'été, on fait attention à ne pas être instrumentalisés par les CSST qui ferment et qui utilisent les FA comme hébergement d'urgence. On refuse dans ce cas.

Centre C

Visite hebdomadaire des FA avec 3 temps : 1) entretien avec la FA 2) entretien avec ud et 3) entretien avec les deux. Cette visite devient un rituel, important que tous aient un temps de parole.

Le week-end et en dehors des horaires, les FA ont les numéros personnels du personnel, un répondeur où laisser des messages (récupérés à 1àh et à 20h) et un des membres du personnel est d'astreinte tous les week-end pour répondre aux urgences comme le fait de récupérer un accueilli. Toutefois, nécessité que les FA puissent être autonomes et puissent prendre leur place. Nécessité que l'équipe soit vigilante pour ne pas proposer trop d'aide aux fa.

Réunions collectives avec toutes les FA deux fois par an.

Si gros problème pendant le séjour, possibilité de se voir à trois au CSST mais souvent la visite hebdo permet de désamorcer les crises.

Pour toutes les situations spécifiques, aide financière pour le transport ou le médecin quand la FA avance les frais.

Pas de suivi social spécifique pour les ud en FA mais ont possibilité de bénéficier du réseau du CSST.

La famille d'origine n'a ni l'adresse ni le numéro de téléphone de la FA pour protéger la fa, le courrier de l'ud arrive au CSST.

Centre D

Le suivi des familles et des accueillis se fait principalement par visite hebdomadaire sur place : l'éducateur rencontre tour à tour la famille et l'accueilli, puis les 2 ensemble. Il n'y a pas d'éducateur « référent » pour un accueilli (problème de faisabilité). Les éducateurs viennent tour à tour et travaillent sur des thèmes différents avec l'accueilli : génogramme et analyse transactionnelle. Ces deux approches sont complémentaires et se rapprochent. Il est important « qu'ils se réapproprient leur histoire personnelle et familiale pour comprendre leur histoire et celle de leur famille. »

Les entretiens avec les accueillis « les bousculent, les angoissent, ce sont des gens de la fuite ». « Le cadre rassurant des FA soutenantes et contenant permet de les bousculer ».

Des écrits jalonnent le séjour de l'accueilli sur la trajectoire passée et sur les objectifs pour la suite : « ce sont des jalons pour contractualiser ». L'accueilli repart avec ses écrits à la fin du séjour. Cela permet aussi aux éducateurs de partir de ce que les personnes ont écrit pour travailler. Les écrits sont tapés par la secrétaire : « ça leur donne une autre valeur ».

Un éducateur est joignable 24h/24h, 365 jours par an.

Pour le suivi des familles, il paraît important de faire une pause entre 2 accueils pour certaines familles, même si certaines préfèrent une continuité d'accueil. Il est également important de ne pas attendre trop (« on peut perdre des FA si on attend trop »).

« On protège l'équilibre de la famille d'abord ». Les professionnels doivent être souples, attentifs, vigilants (pas forcément le discours d'autres réseaux où « les familles s'en débrouillent »).

5. Préparation au départ/ Départ

Centre A

- En fonction du contrat thérapeutique de départ et des possibilités, parfois le retour se fait sur le lieu d'origine, parfois installation dans la région de la FA, ou encore en appartement thérapeutique voire lieu de vie.
- Pour ceux qui ont des projets d'insertion professionnelle, l'AS a un rôle important pendant tout le séjour.
- Il n y a pas de briefing systématique avec la famille.
- Pas de dossier de suivi des familles.
- Crise : il n'existe pas de procédure de crise préétablie, mais une gestion au cas par cas. En cas de rupture brutale l'hébergement se fait en hôtel

Centre B

Se passe différemment suivant le projet de départ. La FA n'est pas une fin en soi. La sortie se prépare dès l'entrée en douceur. Le projet appartient à la personne.

A la fin du séjour, lien maintenu avec familles et ud, ud pour le suivi et familles pour parler si besoin.

Pour certains ud, tellement difficile de quitter la FA que passages à l'acte à la fin du séjour qui symbolisent leur refus de partir.

On a arrêté des séjours avec des FA à cause de réflexions racistes ou de passages à l'acte de la fa. On avait une FA qui avait acheté un pack de bière à un ud pour le calmer. On refuse que des ud soit discriminés en fonction de leur origine ou de leur symptôme.

Centre C

Fin de séjour commence avant le séjour pour voir avec l'ud quels sont ses projets. Bilan à la fin avec les deux. Possibilité de suivi ensuite avec le CSST.

Pour une fa, un séjour réussi, c'est quand l'ud a retrouvé boulot et appart alors qu'un séjour réussi peut être beaucoup moins que ça. Difficile de travailler avec les FA sur la notion de séjour réussi et de leur faire prendre conscience du rythme parfois plus lent des ud. Les FA cherchent à protéger les ud de l'extérieur et à vouloir que tout soit réglé pour eux.

6. Situations particulières

Départs prématurés et ruptures de contrat

Arrêts prématurés : soit parce que non respect de la règle à plusieurs reprises, soit parce que l'ud a trouvé du boulot, une hospitalisation pour des raisons médicales ou alors l'ud part le week-end et ne revient pas.

2 types de départ 1) en crise 2) réfléchis

On demande toujours de nous prévenir pour pouvoir faire le bilan.

Arrêts aussi avec des FA pour manque de confiance.

FA : quelques arrêts après quelques jours : « C'était des jeunes de 17-18 ans, qui ne se donnaient pas la peine, des révolutionnaires... »

Ruptures de contrat :

« avait découché 2 jours »

« relation avec ancien accueilli »

Insertion

Le CSST a des partenaires locaux privilégiés. Dans la mesure du possible, il y a « une jonction de faite ou quelque chose de planifié à la sortie de la FA ».

Dans la majorité des cas, c'est l'éducatrice référente ou le CSST qui s'en occupe, les FA donnent un coup de main pour les papiers administratifs, les font profiter de leur réseau de connaissances ou donnent des conseils. Un seul cas, la FA a participé et ça a posé des problèmes.

Contact avec la famille d'origine

- En règle générale, le centre ne favorise pas les contacts entre les deux familles, par contre les usagers après une durée de 2/3 mois ont tendance à reprendre contact avec leur famille, des contacts peuvent s'établir à cette occasion. C'est l'utilisateur qui gère les contacts entre familles pas le centre.

- Distinction entre FA et famille d'origine bien faite. Elle est discutée avant l'accueil avec la famille et l'accueilli.

Gestion des traitements

- Pour la méthadone, boîtes fermant à clé distribuées aux familles et briefing régulier par rapport au danger, surtout lorsqu'il y a des enfants.

- L'usager gère lui-même les traitements sauf cas particulier.
- Tabac /Alcool : règles de bon sens et de respect mutuel, l'accueilli doit s'adapter aux modes de vie de la famille.
- Les produits illicites / médicaments détournés de leur usage ne sont en principe pas autorisés, mais il y a assez peu de problème. Quand un patient part en FA, il existe souvent chez lui un désir de rupture avec le milieu de la toxicomanie.
- Si consommations des ud dans la FA, l'attitude des FA de nous prévenir et de venir nous voir ou d'attendre la visite hebdo. N'aboutit pas toujours à une exclusion car peut se gérer. Le cannabis peut être toléré pendant le séjour mais en dehors de la fa, mais nécessité de rappeler l'interdit. Si la consommation devient intolérable pour la fa, on arrête.
- Pour les autres traitements, pas de problème avec la substitution mais problème avec le rohypnol car risques de surmédication..
- Avant, c'était toujours la FA qui distribuait les traitements mais c'était trop envahissant dans la relation donc maintenant, on préfère que les ud gèrent.

Alcool

- Il est « important de toujours reprendre, que ce soit parlé en tête-à-tête. »
- A la limite, cela paraît plus simple quand le problème d'alcoolisme a été identifié avant. Parfois, il y a une discussion, « contractualisation » avant une fête, un marché...
- Possibilité d'alcool à table mais modérément sinon, tous les autres produits interdits.

Sida, hépatites

- Hépatite C : 60% à 70% de personnes atteintes actuellement, donc plus de médical, plus d'actes et de déplacement liés à l'hépatite C qu'avant. Avant, les familles n'étaient pas mobilisées pour aller chez le médecin. Depuis la substitution, la FA accompagne l'accueilli pour la substitution, le traitement hépatite C, les examens...
- L'équipe suggère aux FA d'être vaccinées contre l'hépatite B.
- Sida : de moins en moins, quasiment plus, mais la porte est toujours ouverte. Il y en a eu beaucoup à une époque (en 90-94, « séjour santé » : passage d'un cap médical, fin de vie). Un relai a été articulé avec l'hôpital de Cahors.

Travail avec les FA

CSST et FA : Attention aux échecs d'affilée dans une FA.

4 familles sur 5 gardées après quelques accueils : usure rapide pour les autres.

Logique de bon sens avec les FA : « elles nous rappellent le bon sens. C'est ce qui caractérise les FA, à l'inverse des professionnels. »

Accueil des filles, couples, personnes seules avec enfant

Accueil de filles plus difficile selon CSST et FA. FA : « filles plus dures à gérer ».

Quelques FA « spécialisées » dans l'accueil de filles. « Les 2, j'ai pas de préférence. Mon activité colle aussi bien aux filles qu'aux garçons ».

Pas de fille dans FA avec grand-mère sous le même toit : « une fille empiète sur l'univers restreint de la grand-mère ».

Accueil de couples : « ne marche pas pour des soins, mais marche pour une restructuration, une perte de repère (mais exceptionnel) »

Accueil d'une personne seule avec enfant : idem couple, rare. « On souhaite qu'il y ait un temps seul en famille avant arrivée de l'enfant ».

7. Appréciation du dispositif et avenir

Intérêt du dispositif

Quel type de famille pour quel patient ? Le passage en FA pour le jeune est «un travail de l'ordre de la psychothérapie, la FA est un lieu où il se rejoue des choses de l'ordre du lien». Les « indications thérapeutiques» qui président au choix des familles en fonction des usagers sont très difficiles à expliciter mais l'accueil en FA est un soin en soit

- Ce mode d'accueil permet une insertion sociale et familiale. C'est une expérience de vie qui marque même si ce n'est pas toujours idéal.
- Il s'agit d'un mode d'accueil qui permet une grande souplesse. Par exemple bien des femmes accueillies avec leurs enfants seraient séparées d'eux dans un autre mode d'accueil. C'est un mode d'accueil très malléable, on peut chercher la famille qui convient le mieux (indications thérapeutiques et avant il existait «une fiche avec les goûts de la famille" qui permettait aussi au candidat de choisir).
- Il présente un avantage énorme : il s'agit d'un accueil individuel par des gens simples qui ne sont pas des professionnels de la toxicomanie.
- Le départ en FA permet à l'accueilli de retrouver un rythme de vie (alternance jour-nuit, repas ...). Les familles donnent à voir leur mode de vie, confrontation entre famille idéale rêvée et famille réelle. Cela permet de voir la réalité et souvent de percevoir sa propre famille autrement.
- C'est un lieu de surprises car il existe des interactions entre les personnes

- C'est une expérience de vie qui marque, quelle que soit l'évolution après. Il s'agit d'une étape dans un parcours pas d'une fin en soit. Il existe un taux de satisfaction des usagers très important et une efficacité évaluée par l'équipe à 8/10 séjours.
- C'est un outil qui pose des problèmes mais qui semble intéressant car alternatif donc forcément « subversif ».
- Il est difficile de formater les soins aux toxicomanes, il est presque impossible de rendre compte de la complexité même s'il existe de grands cadres de cette prise en charge (FA, substitution...).
- La durée idéale de séjour n'existe pas, c'est au cas par cas : séjour court ou long, séjour cadré avec fin et début programmés, séjour de rupture, séjour relais, séjour de projet ... En moyenne 3 à 6 mois (rare 1 ou 2 ans), mais arrêter après une année peut parfois être prématuré.
- Les limites évoquées de cet accueil sont : l'absence parfois de distance avec l'utilisateur, le manque de connaissance (toxicomanie, VIH) qui est à la fois un atout et un handicap.
- L'intérêt des FA, ça dépend des projets des ud. Ça peut être un temps de pause, de recul, d'éloignement, un moment de réflexion par rapport au système familial et d'évaluer ce qu'ils ont vécu eux-mêmes avant, un moment de consolidation suite à une cure en milieu hospitalier (au début, surtout ça mais moins maintenant avec la substitution). Par rapport au reste du dispositif, permet la poursuite d'une démarche de soins.
- La FA est un dispositif à échelle humaine qui s'est créé en raison des carences en places de post-cures et la nécessité de rompre avec la dimension institutionnelle. La FA, c'est désinstitutionnalisé, démedicalisé et à proximité. Ça permet d'avoir un rapport de personne à personne, l'ud devient une personne à part entière.
- L'intérêt des FA, c'est une question de statut, elles sont déprofessionnalisées et donc pas d'enjeu hiérarchique. La FA est un auxiliaire de la prise en charge. Apporte un rapport humain au quotidien et une confrontation relationnelle permanente que le CSST ne peut pas apporter.
- Pour améliorer le système, il faut les payer plus. Nous, on est passés de 120 à 150 fcs. Mais le risque en l'améliorant, est de les professionnaliser et de perdre l'intérêt des fa. Il faut bien prendre conscience que les FA ne sont pas là pour sauver les toxicomanes. Au début, on ne voulait que des familles transitoires pour des séjours courts pour que les FA ne deviennent pas des familles d'adoption. Maintenant, certains dans l'équipe voudraient que les séjours puissent dépasser 9 mois.
- L'accueil doit toujours rester une proposition pour la FA et l'ud tout au long du séjour et ne jamais devenir une obligation.
- Les FA apportent le quotidien, réapprendre à vivre, le bon sens, les secouer pour moins se prendre la tête, la découverte d'une relation possible avec les autres, qu'ils se rendent compte qu'il n'y a pas de famille idéale, qu'ils ont une place quelque part et

qu'on peut compter sur eux. Ca permet la confrontation à la réalité et la reprise de confiance. Les FA peuvent ouvrir les ud vers d'autres centres d'intérêt.

- Importance du statut non salarié qui permet de garder une convivialité.
- Pour un professionnel de la toxicomanie, les fa, ça nous apprend à déléguer et à comprendre ce que des non professionnels peuvent apporter en plus. Ca nous renforce dans l'idée qu'on ne peut pas tout maîtriser.
- Difficultés pour les professionnels de garder la bonne distance avec les FA car les FA mettent en place des relations proches avec nous, il faut se protéger.
- Dispositif d'accueil en famille pas au détriment d'autres structures, dispositif pas concurrentiel, mais complémentaire des post-cures communautaires, des appartements thérapeutiques. Notion de trajectoire.

Évolution possible des FA

- Il faudrait des campagnes de publicité institutionnelles pour faire moins peur, cela permettrait un meilleur recrutement de familles.
- Il faut revoir le problème de la limite des 200 km qui est responsable d'une perte d'un certain type de famille (néoruraux et grandes familles rurales du sud de la France).
- Il faut redynamiser le réseau, prévoir des outils d'animation du réseau de FA (bulletin), faire un réseau des familles d'accueil dans différents domaines (PJJ, ASE, enfance, handicap ...) car l'accueil en famille est un soin en soit.
- Il faut s'impliquer différemment dans le recrutement et le suivi des FA, notamment en instituant à nouveau un système de référent pour les familles, une des motivations pour être FA est la réflexion avec l'équipe de psychologues sur soi-même et sur sa propre famille.
- Il existe une évolution de la demande de départ en FA depuis l'apparition des traitements de substitution. Il s'agit de séjours plus longs, car idée de reconstruction et d'insertion sociale et professionnelle. Il faut noter que, depuis quelques mois, le travail d'insertion professionnelle est plus facile car la reprise économique est bien réelle.
- Faut-il ouvrir les FA à d'autres addictions ? Pourquoi pas si l'on estime que le produit est secondaire. En même temps l'usage de l'alcool est plus compliqué à contrôler au quotidien (violences, desinhibition, troubles psychiatriques...).
- Projet d'accueil en ville qui pourrait être une deuxième étape pour des ud ayant fait un séjour à la campagne, ce serait une confrontation au risque accompagnée.

Convictions/Recommandations

- Travail en équipe entre le CSST et les familles primordial : il faut de la confiance, de la solidarité et de la cohérence. « Il faut pouvoir dire ».

- Rester dans l'éthique « relation d'aide sans être dans la toute-puissance » mais être vigilant. « Il faut rappeler régulièrement leur mandat aux FA et à l'équipe : ce sont des mandats complémentaires ». Objectif : « accompagner la personne dans le respect de ce qu'elle est pour l'emmener où elle peut aller ». Implique exigence et respect. « Nous ne sommes pas des gestionnaires de l'exclusion ».
- « Rigueur mais pas rigidité ».
- « Toujours qualifier les FA », l'équipe doit être vigilante. L'éducateur doit être originaire de la région ou y vivre depuis longtemps ou bien la comprendre.
- Ne pas suivre aveuglément les directives des tutelles, mais interactivité par rapport aux tutelles qui renvoient des choses.
- Budget : pas de dépenses inconsidérées, souci éthique par rapport à l'argent. (coup de gueule : on va pas voir ce qui n'a pas marché avec des budgets +++)
- Profil bas, pas d'affichage, discrétion.
- Outil fragile : « il faut entretenir le réseau, on peut tout perdre en quelques mois s'il y a des dysfonctionnements ».
- Il faut un haut niveau de professionnalisation, une écoute et des échanges à tous les niveaux.
- L'élaboration avec le temps est essentielle.

8. Remarques et points particuliers

Changements : vigilance par rapport au suivi médical des ud, que le choix de la FA soit un vrai engagement, on est plus attentifs à leur retour en ville pendant les séjours pour qu'ils ne soient pas confrontés trop tôt au risque.

Les limites des FA = elles ne sont parfois pas satisfaites parce que les progrès des ud ne correspondent pas à ce qu'ils attendaient. Là c'est essentiel que le CSST les soutienne. Nécessité d'être attentifs quand les FA continuent à recevoir les ud accueillis après leur séjour, ça nous pose des questions sur la place laissée au nouvel accueilli quand l'ancien continue à venir dans la fa.

- L'argent de poche est de 100 FF par semaine. Pour les achats plus importants (vêtements, stage équitation ...) la famille avance l'argent et nous remboursons sur facture.

Pour les familles tous les frais de transport sont à notre charge, l'indemnité journalière est d'environ 175 FF.

Problèmes rencontrés

- Dans un centre, actuellement manque de FA, idéal serait d'avoir 15 FA.
- Au niveau national, les budgets alloués au fonctionnement du réseau pas assez clairs.
- Ecueil : « FA voulant être à terme éducateur ».
- Respecter le rythme des FA, trouver de nouvelles FA et élargir la palette en fonction des nouvelles populations.
- Irrégularités des demandes d'admissions au cours de l'année.
- Non validation des actions périphériques dans le budget, hors ces actions demandent beaucoup de temps et d'énergie.
- Etre toujours vigilant par rapport aux dysfonctionnements passagers de FA pour ne pas les perdre.
- Vrai suivi et entretien du réseau de FA.
- Problème pour développer un partenariat et recruter un psychothérapeute (saturation du dispositif local et manque de disponibilité des libéraux.
- Irrégularités par rapport au corps médical : « le meilleur et le pire », OK si travail en partenariat et non en ponte. Pb psy, difficulté à travailler avec les psychiatres

**Synthèse
des entretiens avec
les familles d'accueil
des 4 réseaux**

SOMMAIRE

1	Phase de recrutement des FA	1
2	Phase de préparation à l'accueil	4
3	Arrivée	8
4	Suivi/séjour	10
5	Préparation au départ / Départ	16
6	Situation particulière	18
7	Appréciation du dispositif et avenir	29

1 Phase de recrutement des FA

Centre A

- Les deux familles rencontrées avaient répondu à une annonce.
- Une des familles a été contactée plus d'une année après avoir répondu à une annonce (certaine lenteur dans le début de la procédure de recrutement, qui dérouta un peu les familles).
- Après la première visite dans la famille, elles répondent à un questionnaire détaillé.
- Les motivations évoquées pour devenir FA sont : la solidarité, le désir d'aider les autres, le manque d'enfant, la tradition familiale (la mère du mari avait élevé deux enfants de la DASS pour la mère de la femme, on ne pouvait les compter...), l'intérêt pour le travail social.
- Elles signent un contrat qui précise les droits et obligations. Il n'y a pas vraiment de contraintes à part pour la mise à disposition d'une pièce, de faire le ménage et d'entretenir le linge (mais cela n'est pas vécu comme une contrainte, plutôt une manière simple de montrer l'intérêt que l'on porte à l'autre).
- Quand on leur demande quelles sont les qualités essentielles des FA, elles citent : savoir communiquer simplement, avoir une bonne écoute, être disponible pour bien encadrer la personne (l'accueilli ne doit pas être livré à lui-même), être tolérant ne pas porter de jugement, mais aussi savoir dire les choses quand cela va mal, être authentique, avoir une maison assez ouverte, aimer rencontrer des personnes très diverses, être patient.

Centre B

Réponses à une annonce dans le journal.

- 1) « J'avais reçu une lettre dans mon entreprise ».
- 2) « J'avais envie d'aider et d'utiliser l'expérience que j'avais dans le travail social, J'étais délégué syndical et je voulais continuer à aider ».
- 3) « Les toxicomanes, j'en avais entendu parler pendant mes études et je voulais en connaître un peu plus ».
- 4) « Mes fils m'ont amené des copains en difficulté à la maison et j'ai vu la misère. J'ai aussi aidé ma belle-fille qui était toxicomane donc je connaissais un peu ».
- 5) « Pour le recrutement, j'ai téléphoné, on a eu un entretien d'une matinée et une formation. On nous a interrogés sur nos motivations ».

Centre C

- 1) « On a toujours accueilli des gens de manière informelle et un jour, un ami qui s'occupait d'un centre de FA nous a demandés de le dépanner pour un week-end et ensuite, il nous a demandé de devenir FA, comme on le connaissait, on était en terrain connu. Ca fait partie d'une façon de vivre, de donner un coup d'épaule, c'est pas une motivation religieuse de vouloir les sauver ».
- 2) « On a entendu parler des FA dans une émission de radio. On connaît bien les jeunes parce qu'on a eu deux filles sans problèmes et on voulait offrir un cadre familial, on a toujours accueilli plein de monde à la maison. On ne connaissait pas la question de la toxicomanie mais on avait un neveu alcoolique qu'on avait aidé ».
- 3) « Avant d'être FA, j'étais avec l'aide sociale à l'enfance et à titre privé avec des réfugiés ».
- 4) « J'ai continué une activité que faisait mon ami. Mais j'ai hésité à continuer avec Point Virgule parce qu'avec l'ancienne association, il nous avait envoyé des gens qu'ils ne connaissaient pas mais avec Point Virgule, le fait qu'il y ait un suivi et qu'on se rencontre souvent, ça m'a motivé pour continuer.

Et puis j'avais mon frère qui avait eu des problèmes de drogue dans les années 70 et on l'avait aidé donc on connaissait, les tox, c'est des victimes. Ce qui me motive le plus, c'est que ça donne un sens à la vie et ça permet de rester ouvert aux autres. On est sur terre pour avoir un rôle social ».

- 5) « On a commencé à accueillir des enfants en difficulté par hasard parce qu'ils étaient dans notre voisinage puis on a fait des accueils pendant 8 ans avec la DDASS, avec des enfants et avec des handicapés. Au début, je travaillais comme éduc dans une structure mais ça ne me plaisait plus donc j'ai voulu travailler dans le social et le thérapeutique, mais à la maison. On a eu envie de travailler avec des tox car avant, on travaillait avec des sourds et avec des personnes avec des problèmes psychiatriques, mais on les voyait pas avancer. Avec les tox, on peut communiquer de façon normale et plus leur venue est volontaire alors que dans le milieu psychiatrique, c'était imposé. Avec les tox, les progrès sont quantifiables. On sait où on va ».

Dans la moitié des FA est évoquée une tradition d'accueil (amis, proches) et dans l'autre moitié, des accueils d'enfants en difficulté ou handicapés étaient effectués depuis des années.

Centre D

- 1) « Ils ont dû faire une enquête sur nous. On a des amis qui n'ont pas été acceptés ».
- 2) « On a connu les familles d'accueil par le bouche-à-oreille. On a une grande maison, un élevage, donc de quoi les occuper et les intéresser ».
- 3) « On était voisin d'un des éducateurs, on en avait parlé à plusieurs reprises, il y a eu une opportunité et on s'est décidé ».

Les familles disent ne pas exprimer de demande particulière : « pas de discrimination », « garçon, fille, citadin, rural, blanc, noir... , peu importe », sauf s'il y a contact avec la clientèle.

Plusieurs familles disent qu'elles avaient à la fois l'envie et la possibilité de le faire (petites occupations pas trop fatigantes, grande maison, espace). Certaines familles expriment également un besoin de compagnie, une fois que les enfants ont grandi. Elles veulent partager avec d'autres.

Dans la majorité des familles, il y a une habitude d'accueil : saisonniers, stagiaires... Plusieurs familles ont parlé de « maisons ouvertes », avec beaucoup de monde et souvent des personnes hors du cadre familial.

Une famille accueille également des adolescents ; dans une autre, le mari travaillait avant avec des jeunes handicapés.

Les motivations sont variées :

- 1) « On avait envie de rendre service à quelqu'un, surtout à des jeunes ».
- 2) « Je voulais être FA pour enfant, mais ça n'a pas marché. J'avais de la place et envie d'accueillir quelqu'un. J'ai entendu parler de ce réseau... ».
- 3) « On reste jeune à vivre avec des jeunes. Ils nous bousculent parfois. On est entouré de vieux ».
- 4) « Images qui frappent à la télé. On voulait savoir, vivre avec eux... »

2 Phase de préparation à l'accueil

Centre A

- Généralement la préparation se fait par téléphone, le psychologue référent du patient prend contact avec la famille et fait un descriptif de la situation de la personne, mais cela reste assez superficiel.
- Aucune des familles rencontrées n'a d'à priori sur le type d'utilisateur qu'elles refuseraient, elles pensent qu'il est important de laisser sa chance à tout le monde.
- Une famille a refusé un jour d'accueillir une personne mais pour des raisons de sécurité (il s'agissait d'une femme enceinte, présentant une grossesse pathologique qui nécessitait un suivi médical adapté, or ils vivent isolés en pleine campagne à plus de 30 km d'un centre de soins).
- Une autre a un jour refusé un couple sida car témoins de Jéhovah et comme il n'y a pas de lieu de culte dans le secteur, le couple avait demandé à être conduit toutes les semaines à Paris. Après deux mois d'hésitation, la famille a dit non.
- Il n'y a pas d'organisation à l'avance, par exemple pour la prise en charge médicale les choses se font au fur et à mesure au coup par coup, pour les cas lourds notamment pour les patients sida, les familles ont trouvé la préparation insuffisante.
- Elles ont toutes eu l'impression de ne pas être prêtes pour le premier accueil (si la phase de recrutement est longue le premier accueilli arrive très rapidement quand le centre a pris sa décision d'accepter la famille). Le premier accueil est vécu comme difficile ("catastrophique, sentiment d'échec, l'impression que l'on ne va pas y arriver") comme si le décalage entre « l'accueil rêvé » et « l'accueilli réel » était responsable d'un « deuil de la famille idéale ».

Centre B

Quand on rencontre le centre ALT, ils nous préviennent qu'il va y avoir des difficultés et que c'est pas toujours simple et c'est important qu'ils nous préviennent.

Qualités pour être FA

- Pour être capable d'être FA, il faut pas le faire pour l'argent. Moi, ma femme travaille en psy et ça m'aide parce qu'elle me dit de prendre du recul par rapport aux accueillis. Moi, je voulais qu'il s'en sorte, je me sentais qu'il s'en sorte, je me faisais du mouron. Pendant la préparation, ce serait bien que les FA voient un psy pour apprendre à être distant.
- Pour être FA, il faut de l'ouverture d'esprit, de la tolérance, et surtout de la patience. On apprend presque à être sage.

- Il faut savoir faire des mises au point et être capable de débattre. Ils ont souvent tendance à beaucoup demander et au début, je me faisais du souci pour tout. Au début, c'était pas facile. Je voulais les sauver mais je me suis rendu compte ensuite que c'était pas possible. On n'est qu'une béquille.
- Au début, on ne voit pas toujours les progrès qu'ils font, il faut les valoriser.
- Au début, certains ont la trouille, alors je leur dis que j'ai autant la trouille qu'eux et ça les rassure. Ils me disent qu'ils se sentent mieux quand ils savent que c'est pareil pour nous. Car ils ne se rendent pas compte qu'on peut nous aussi être angoissés.

Formation

- On se rencontre en groupe tous les trimestres avec un thème choisi, parfois les thèmes sont un peu trop techniques et ça correspond pas trop à la réalité. Mais c'est important de se voir et la formation, c'est bien pour réactualiser les connaissances.
- Moi, je voudrais avoir plus d'informations sur les produits.
- En 95, on a eu une formation au centre Didro, on a eu des témoignages de FA.

Contrat

Elaboration du contrat avec les familles et le CSST.

Le contrat c'est juste un papier administratif mais c'est important qu'il y en ait un.

Centre C

Qualités pour être FA

- 1) « Il faut être tolérant avec la personne accueillie, si elle a envie de raconter son histoire ou pas, il faut la laisser faire, pareil s'ils veulent nous aider ou pas. Dans une exploitation agricole, ce qui est intéressant pour eux, c'est qu'ils peuvent travailler et qu'ils sont loin de toute tentation.

Il faut vraiment avoir envie de faire ça parce que c'est très lourd au quotidien, il faut être disponible dans sa tête et dans sa vie, il faut essayer de rester calme même si c'est dur, il ne faut pas s'énerver même quand ils bluffent. Ça m'a toujours paru aberrant qu'ils se rendent pas compte du prix qu'ils coûtent à la société, les toxicomanes et qu'ils ne donnent rien en échange. La notion de reconnaissance, ils ne connaissent pas eux ».

- 2) « Ce qui compte c'est que les deux soient d'accord dans le couple. Ce qui compte c'est de garder la personnalité de chacun. Et comme ça le CSST peut choisir les FA en

fonction des accueillis. Ce qui compte aussi c'est d'avoir des atomes crochus entre les accueillis et nous mais pour le moment, ça s'est toujours bien passé ».

- 3) « Il faut avoir l'esprit ouvert et pas d'a priori, être disponible et capable d'écoute. Mais il ne faut pas être aux petits soins et il faut savoir garder une distance ».
- 4) « La stabilité de la famille et la stabilité individuelle, de l'écoute, être capable de réagir, de recadrer et d'être souple et patient. Mais parfois, simplement par une attitude saine, les gens peuvent avoir le répondant juste avec les toxicomanes. Mais pour que tout ça marche, il faut qu'il y ait des objectifs ».
- 5) « L'entourage nous dit qu'il faut être un peu inconscient pour être FA, ils nous demandent aussi si on n'a pas peur de s'attacher ou peur de la violence. Il faut avoir confiance et accepter de se remettre en question ».

Formation et comparaison professionnels/FA

Selon les FA, pas de formation spécifique, sauf lors des échanges entre FA deux fois par an.

- 1) « On est déjà assez formés et puis on peut avoir des contacts avec le CSST. Et puis, on doit rester une famille et pas devenir des professionnels. C'est important pour les accueillis de voir que dans une famille, c'est pas toujours évident. Chez nous, ils se retrouvent en dehors du milieu toxicomane. Et s'ils ont besoin de voir des professionnels, ils peuvent aller voir ailleurs, dans des CSST. Nous, on vit avec leurs difficultés mais on a plus de souplesse que les professionnels, il y a moins de cadre chez nous, et les limites peuvent se négocier. Ça nous donne une liberté que les professionnels n'ont pas, on peut leur dire qu'ils nous font chier aux accueillis, on a des avantages. Et dans l'échange avec eux, on est plus spontanés que les professionnels qui eux, ont leur rôle à tenir. Le professionnel ne peut pas tout leur dire et les accueillis ne peuvent pas tout leur dire, alors qu'avec nous, ils peuvent se lâcher plus sur leur histoire. Quand ils arrivent dans une FA, ce qui les étonne, c'est de ne pas être jugés et de ne pas être montrés du doigt, on les sort de leur étiquette de toxicomane ».

Contrat

- 1) « Le contrat, c'est suivant les personnes, certains font presque partie de la famille donc on les laisse passer des coups de fil ou faire venir leurs parents, on les laisse venir avec nous tout le temps, on leur fait confiance. Mais pas avec tous ».
- 2) « Le CSST ne nous parle pas de leur état de santé et ça on trouve que c'est important que ce soit la personne elle-même qui nous en parle si elle en a envie. On part du protocole mais c'est surtout au fur et à mesure qu'on trouve les limites. Les seules limites qu'on impose, c'est qu'ils n'aillent pas dans notre chambre ou dans notre salle de bains ».

- 3) « Dans le protocole, on demande d'être précis par rapport aux limites. On veut qu'il soit autonome pour son argent de poche et ses cigarettes et aussi son hygiène corporelle. On demande à ce que nos enfants ne soient pas sollicités pour jouer à la play-station et qu'ils ne les emmènent pas en moto ».

Centre D

Qualités pour être FA

- aimer le contact.
 - accepter les gens comme ils sont, être tolérants.
 - être patient (« on s'énerve pas, on en rigole souvent »).
 - être à l'écoute (« S'ils ont envie de parler, il faut les laisser parler. Parfois ils ont besoin de se libérer »).
 - être disponible.
 - beaucoup discuter.
 - « travail sur la reconnaissance et la confiance : si joué à plein, on est gagnant ».
 - ne pas juger (« ce sont souvent des personnes déjà rejetées par leur famille et la société »).
 - avoir envie de vivre avec des jeunes.
- « On est toujours averti du profil, on discute de l'accueil : les infos passent bien, c'est réfléchi ».

Adéquation famille-accueilli

- 1) « Notre milieu colle mieux à un garçon (station-service) ».
- 2) « On ne veut que des garçons parce qu'on a 2 garçons : on veut pas de pagaille ».
- 3) « On a eu 2 filles et ça s'est mal passé. On n'en veut plus. De toute façon, notre activité correspond mieux à des garçons ».
- 4) « C'est important que les éducateurs connaissent bien les familles pour l'adéquation ».

3 Arrivée

Centre A

- Parfois les usagers arrivent seuls à la gare, mais le plus souvent le psychologue référent les accompagne ce qui est plus simple pour les familles.
- Les deux familles rencontrées procèdent de la même manière, autour d'une tasse de café plutôt qu'un catalogue d'interdits. Elles expliquent leurs modes de vie (travail, ménage, hygiène...), ce qui fixe les limites en même temps, puis elles font visiter les lieux. Il n'y a pas d'interdits mais des règles simples de respect mutuel, chacun doit respecter la vie privée de l'autre. Par exemple elles précisent toujours à l'avance le jour où elles font "le grand ménage" dans la chambre de l'usager. Une des familles propose à l'accueilli, s'il le souhaite, d'être responsable des animaux domestiques quand ils ne sont pas là, car ils ont remarqué la fascination exercée par les animaux et la nature en général sur les usagers.

Centre D

Toutes les FA sont d'accord sur la grande règle posée au départ : « on leur demande de vivre au rythme de la famille, de s'adapter à la vie familiale » : repas tous ensemble, lever à des heures correctes, être présent. Il est important d'identifier des limites.

En plus parfois, on leur demande de faire leur chambre, de ne pas fumer dans leur chambre ou dans la maison...

- 1) « Les règles sont peut-être plus strictes au départ ».
- 2) « Il faut les responsabiliser, leur faire prendre des repères : telle chose se place là et pas là... ».
- 3) « Il faut bien les cerner au début ».

Les familles des FA sont au courant, présenté comme « stagiaire » aux voisins, amis, en laissant du flou autour... Parfois discuté avec le jeune pour mise au point par rapport aux personnes âgées (curieuses). Le disent parfois au bout de quelques années « les gens jouent bien le jeu en général ». « Certains sont jaloux : ils ont l'impression qu'on a de la main-d'œuvre gratuite ».

Les 8 premiers jours sont difficiles : « Il faut qu'ils s'adaptent, ils arrivent très angoissés ». Quand ils arrivent, ils ont souvent des difficultés pour manger et dormir à heures régulières : « ils ne veulent jamais se coucher, mais ça évolue très nettement avec le temps ». « Il faut 2 mois pour retrouver le sommeil » et 1 mois pour commencer à se sentir à l'aise.

« Pas de durée de séjour définie au départ, se décide en fonction de comment ça se passe... »

Les FA ne sont pas d'accord par rapport à leur 1^{ère} impression sur la réussite ou non :

1) « On a vite vu s'il va rester ou non, s'il a envie de s'en sortir ou non ».

2) « On voit vite si ça colle ou pas (8 jours) ».

3) « Il n'y a pas de constante par rapport à la réussite ou non : on se trompe souvent ».

4 Suivi/séjour

Centre A

Le quotidien

En règle générale, les familles suggèrent des occupations, mais n'imposent rien. Elles constatent que les accueillis ont pour la plupart perdu les notions élémentaires (s'alimentent mal, rythme Veille/sommeil ...) donc il faut leur proposer des choses et proposer de les accompagner. Ils sont aussi très " accros " à la télévision, donc proposent de la lecture ou encore l'ordinateur.

Comment ont-elles présenté leur activité de FA à leur entourage ?

Les deux familles ont la même attitude : elles en parlent librement, uniquement avec la famille et les amis. Pour le travail ou le village, le toxicomane est un membre de la famille ou un ami qui rend visite. Cela car il faut protéger l'accueilli, comme elles vivent dans des petits hameaux elles pensent que les voisins ne comprendraient pas et qu'ils risquent d'avoir peur des vols, du sida...

Le suivi

- Les FA bénéficient d'une réunion annuelle. Elles n'ont pas de véritables formations, mais une information au cas par cas. Elles regrettent les conférences téléphoniques avec l'ensemble des familles (conférences qui ont été supprimées, il y a un an) une fois par semaine, avec un thème par semaine, cela durait 1 h 30, cela manque, même si les horaires n'étaient pas faciles à suivre « le mardi à 14 H quand on travaille ... ».
- Les familles ont un contact téléphonique une fois par semaine avec le psychologue référent du patient. Le patient lui prend contact quand il le veut avec le centre, une fois par semaine, ils ont un contact avec l'assistante sociale pour voir les aspects d'insertion quand cela fait partie du projet, et une fois par mois avec la secrétaire pour faire le décompte des jours hébergements.
- Mais elles expriment une impression de manque d'accompagnement notamment pour les situations pathologiques lourdes qui semblent très fréquentes.
- Une famille décrit un premier accompagnement plutôt catastrophique qui a été vécu comme un échec. Il s'agissait d'une patiente infectée par le VIH au stade de sida avec des troubles neurologiques importants. Ils ont été obligés de prendre en charge les traitements, de mettre en place avec leur médecin de famille un suivi, de prendre contact avec la famille d'origine pour que la patiente passe un week-end par mois, de l'accompagner régulièrement en consultation dans un hôpital de la région parisienne.
- Une des famille pense qu'elle pourrait bénéficier d'un soutien psychologique, il y a parfois une grande angoisse de vouloir bien faire.

Centre B

Le quotidien

L'accueilli doit participer aux tâches mais c'est lui qui doit décider lesquelles. Souvent, ils ne sont pas en état de le faire car en trop mauvaise santé quand ils arrivent. On ne peut pas trop leur en demander. Les deux premières semaines, ils sont surtout là pour prendre du poids.

- 1) « Pour les occuper, je leur propose des choses à faire mais c'est toujours leur choix. Ils s'occupent volontiers des animaux ou ils regardent beaucoup la télé ».
- 2) « Je les habitue à s'occuper de leur chambre pour les préparer à la vie mais ensuite, ils font ce qu'ils veulent, s'ils ont envie de vivre dans leur bazar, c'est leur problème ».
- 3) « Dans le contrat, on nous demande pas de parler avec eux mais petit à petit, ils se mettent à se confier et ils nous en disent plus à nous qu'à leur psy ».
- 4) « Changements dans l'organisation familiale car je les laisse jamais seuls donc je dois être plus à la maison. Le fait qu'un des deux puisse être à la maison était un critère de sélection des FA par le CSST. Moi, je les laisse pas tous seuls car je leur fais pas confiance, c'est une règle avec les toxicomanes de pas leur faire confiance. Mais moi, de mon côté, je vais jamais dans leur chambre, c'est chez eux. Les endroits interdits pour eux, c'est la pharmacie et le bureau ».

Les deux autres couples font confiance aux accueillis. Ils disent être prudents mais pas méfiants. Le seul interdit étant la cigarette car trop dangereux.

Le suivi

- 1) « La personne accueillie voit les membres du CSST toutes les semaines, et nous, on voit aussi notre référent toutes les semaines. Et on peut les appeler quand on veut. Les référents, c'est bien parce qu'on les connaît. A Paris à Chimène, ils ne se déplacent pas et ils laissent les FA tous seuls. Alors qu'ici, ils sont disponibles pour nous accueillir et régler tous les problèmes internes entre la famille et l'accueilli ».
- 2) « Ce qui manque dans le suivi, c'est le contact avec le médecin généraliste. Moi, j'ai pas confiance dans ce médecin parce qu'il ne tient pas ce qu'il dit ».
- 3) « Pour la préparation, ils nous ont bien expliqué les choses mais dans le suivi, les professionnels du centre n'ont pas l'expérience de FA donc ils apprennent avec nous en même temps. Quand on a des problèmes avec l'accueilli, on peut en discuter. Et à chaque réunion trimestrielle, on profite de l'expérience des autres, ça nous aide, c'est ça le plus important ».
- 4) « Il y a des centres de FA où ils les font trop travailler. Au centre xx, ils sont prudents, c'est réglé au cas par cas. Ils réfléchissent bien à la FA qu'ils vont donner. Et c'est un centre où ils sont capables de faire de l'auto-critique ».

- 5) « Moi, quand je suis devenu FA, ils ont visité chez moi mais j'aurais aussi aimé être vu par un psy. On nous demande juste d'avoir une chambre individuelle, de s'occuper du linge et de la nourriture. Mais, on n'exige pas grand chose de nous ».

Les FA demandent plus de soutien psy pour être capables de prendre du recul vis-à-vis des accueillis. Mais une réunion obligatoire par trimestre est perçue comme suffisante.

Centre C

Le quotidien

- 1) « On doit assurer le gîte et le couvert. Ils sont logés en caravane et ils sont indépendants. Ils mangent avec nous et la journée, ils sont dehors avec moi sur le terrain, le week-end, ils vont à la piscine et ils sont souvent volontaires pour nous aider. Certains sont avec nous tout le temps, ils font partie de la famille.

Quotidiennement, pour nous, ça ne change rien car c'est eux qui se plient à nos horaires, sauf quand on doit les descendre en ville. Ils nous aident pour les tâches ménagères et pour la ferme mais c'est seulement s'ils le veulent ».

- 2) « Matériellement, on doit offrir une chambre, l'accueillir et le faire participer à notre vie. On les fait participer au camping mais on y va doucement, on leur donne des petites tâches et on leur laisse du temps. On les considère pas comme deux bras de plus. Ce qui est important, c'est de les valoriser. Il faut se mettre dans la tête de la personne car ils ont beaucoup de problèmes à régler, c'est une rééducation de la personne, ils ont besoin d'être réconfortés et de les aider à retrouver confiance. Dans l'accueil précédent, il avait fait une connerie, il nous avait foutu en l'air nos canapés en les reteignant. Mais il a été étonné qu'on ne l'engueule pas. On ne l'avait pas engueulé car il faisait ça pour nous faire plaisir. Mais on en a profité pour en discuter avec lui. Rediscuter les échecs, c'est important. Il faut accepter qu'ils aient besoin de temps. C'est difficile pour eux d'arriver dans une famille qu'on ne connaît pas ».

- 3) « Le minimum à assurer c'est de les loger, nourrir et blanchir et le reste, ça dépend de chaque accueil. Dans l'ensemble, c'est leur réapprendre à avoir une vie régulière, le ba-ba pour qu'ils retrouvent des repères. Pour d'autres, c'est être plus à l'écoute, les aider à y voir plus clair et à pas se noyer.

Il y a toujours des travaux à faire dans la maison, de rénovation et de loisir, mais je leur propose aussi des activités de loisir comme de la randonnée ou du ski de fond. Sinon, ils participent tous à la vie familiale. J'avais une fille qui était venue faire de l'alphabétisation avec moi. Quand, c'est des garçons, je leur propose plutôt des boulots d'homme comme des travaux.

Je leur demande de respecter les habitudes de la maison. Chez moi, on fume dehors et je ne suis pas la bonne donc c'est eux qui assument leur linge et je ne supporte pas qu'ils regardent la télé toute la journée ».

- 4) « Ils participent aux travaux, soit le troupeau et le fromage, soit l'accueil à la ferme. On essaie d'avoir un rythme car ils ne sont pas ici en vacances. Ils sont demandeurs de participer, mais il faut les accompagner dans leurs activités.

On préfère qu'ils ne soient pas trop sauvages car ils sont en contact avec les gens du gîte ».

- 5) « Le dernier était déjà pris deux journées en formation et une demi journée au CSST, le reste du temps, on lui proposait du jardinage, de l'entretien de la maison ou s'occuper des bêtes mais il avait du mal à s'occuper. Mais il devait s'occuper pour ne pas avoir l'impression d'être en vacances ».

- 6) « Au début, on leur faisait confiance, on les laissait seuls et depuis qu'on s'est faits voler un chèque, on est plus prudents, on les laisse jamais seuls au début de l'accueil, ça ne vient qu'après. Mais il y a toujours une prise de risque quand on devient FA de toute façon ».

Originalité du centre : logement en caravane dans trois FA.

Le suivi

- 1) « Le CSST propose un suivi une fois par semaine sur le terrain. Mais, on voudrait pas que ce soit plus souvent parce qu'on n'a pas assez de disponibilité et une fois par semaine quand le séjour se passe bien, c'est un peu lourd. On peut toujours passer un coup de fil s'il y a un problème ».

- 2) « On a des sessions de formation, des rencontres inter-familles, on a accès à des bouquins sur la toxicomanie. Et avec les rencontres hebdomadaires, on avance parce qu'il y a un dialogue. S'il n'y avait pas eu ce suivi, on n'aurait pas continué. On peut leur poser des questions et ils nous donnent des avis de professionnels sur ce qu'on fait avec les accueillis. J'aurais pas besoin de plus de soutien car on sait toujours qu'on peut les appeler quand on veut. Il ne faut pas qu'on soit plus formé parce que c'est la personnalité de la FA qui compte surtout.

Quand il y a un suivi sur Grenoble et que l'accueilli prend le car, c'est l'association qui finance. On n'est pas tenu à faire les accompagnements nous-mêmes ».

- 3) « C'est important de savoir qu'on peut compter sur eux-mêmes pendant les vacances, il y a toujours une permanence ».

- 4) « Quand le rendez-vous hebdomadaire a sauté une fois, on a vu que ça changeait des choses, l'accueilli n'était pas assez cadré et ça lui manquait. Le suivi hebdomadaire est suffisant, mais on aimerait rencontrer plus souvent d'autres familles... La fois où on a eu un problème, on s'est débrouillés seuls et on en a parlé en réunion ensuite ».

- 5) « Deux fois par an, on se voit en groupe, c'est de l'échange sur nos expériences, ça fait comme de la formation mais pour nous, c'est lourd à organiser par rapport à notre famille et aux accueillis... Ces réunions, ça me rassure parce que je vois que d'autres rencontrent les mêmes problèmes que nous et je me dis même que parfois, ils connaissent pire que nous ».

Pour le suivi, toutes les FA sont très satisfaites, c'est ce qui les pousse à continuer. Important de pouvoir appeler n'importe quand et capacité de réaction très rapide de l'équipe dans toutes les situations.

Centre D

Le quotidien

Les accueillis travaillent avec la famille, à la ferme, la station-service, le garage, mais ce sont des tâches « occupationnelles » :

- 1) « L'activité professionnelle joue à 50% dans l'évolution du jeune ».
- 2) « Les jeunes prennent vite partie, se proposent pour remplacer... ».
- 3) « Ils ne sont pas là pour travailler ».
- 4) « On est contre qu'ils restent dans leur chambre à regarder la télé. Ils cherchent la connerie qu'ils peuvent faire. Quand ils travaillent, ils ne sont jamais en train de rêver ».

Les accueillis sont toujours invités aux fêtes de famille et y vont presque toujours. 1 FA les emmène en vacances (les autres partent manifestement très peu).

La plupart des familles ont des animaux. Plusieurs FA et accueillis signalent que « la proximité de la nature est intéressante » (cycle de la nature, des saisons, contact avec les animaux...).

Les FA évoquent comme limite le fait de « ne pas pouvoir le laisser seul ou l'amener chez des amis » à cause d'un problème de comportement.

L'équipe demande aux accueillis d'avoir un comportement correct quand ils sortent, en particulier pour « ne pas étiqueter les suivants ».

Les familles disent beaucoup parler avec les accueillis et beaucoup les écouter :

- 1) « On est là pour les aider à redémarrer. On n'est pas des psychologues ni des éducateurs ».
- 2) « On n'est pas là pour remplacer les parents, on est là pour vous aider. C'est dit ».

- 3) « On parle de leur vie, toujours à 2 ou 3, jamais devant les enfants, ou nos parents... ».
- 4) « On veut leur apprendre le travail bien fait et à aimer le travail ».

Parfois, les indemnités sont données sous forme d'argent de poche aux accueillis. Plusieurs familles payent des choses aux accueillis, comme le permis de conduire...

Le suivi

Toutes les FA apprécient le suivi hebdomadaire et pensent que ce rythme suffit :

- 1) « S'il y a un problème, ils sont là tout de suite ».
- 2) « C'est un bon équilibre ».
- 3) « C'est un vrai travail en équipe. On ne fonctionnerait pas seul. Au minimum des minimum, il faut un arbitre extérieur ». « Parfois, on fait dire des choses par les éducateurs, c'est mieux pris que si c'était nous ».

Par rapport à la disponibilité d'un éducateur 24h/24 :

- 1) « C'est primordial, on ne ferait pas sans »
- 2) « A conserver à tout prix, c'est une vraie sécurité ».

L'équipe n'a jamais été appelée pour rien.

Les réunions entre FA sont importantes, surtout au début. Dans certaines familles, les membres y assistent à tour de rôle. Ces réunions sont importantes, en particulier pour parler des échecs (toutes les familles sont passées par là).

1 FA regrette le psychologue d'avant, avec des consultations déconnectées des éducateurs et de la famille.

2 FA signalent qu'il y a quelques jours de flottement quand ils reviennent de chez eux en cours de séjour

« Il faut gérer au cas par cas. Chacun fonctionne différemment ».

La majorité des FA apprécient qu'il y ait une coupure entre deux accueils, même si certaines en ont moins besoin : « il y a toujours quelques mois entre 2 accueils : c'est plus une stratégie de l'association qu'un besoin ».

5 Préparation au départ / Départ

Centre A

- Les familles disent ne pas participer à l'organisation du départ de manière systématique mais au cas par cas.
- Dans certains cas, elles ont utilisé leur propre réseau pour trouver un emploi ou un logement.
- Le départ s'organise en fonction des objectifs du séjour : séjour de repos < à 2 mois, projet d'insertion en principe séjour long qui ne prend fin que lorsque l'accueilli a trouvé un emploi.
- Il n'y a pas de briefing systématique après le départ des accueillis, mais à chaque fois qu'il y a une "crise".
- Elles ont gardé des contacts avec quasiment toutes les personnes accueillies, même lorsque le séjour a été problématique ;

Centre B

- 1) « On n'a pas de bilan après le départ et puis le départ, mes enfants trouvent que c'est un peu brutal parce qu'on n'a pas de nouvelles ensuite ».
- 2) « Ne pas avoir de nouvelles, ça m'a posé problème au début et puis, ensuite, j'ai pris du recul ».
- 3) « Moi, c'est différent à chaque fois : le premier, on a eu des nouvelles régulièrement jusqu'à ce qu'il décède, d'autres passent nous voir de temps en temps et pour d'autres, on frôle l'ingratitude. Mais c'est normal aussi parce qu'ils font leur vie privée et puis il y en a qui intériorisent ».

Centre C

- 1) A la fin, on fait le point pour voir ce qu'on a apporté ou pas à la personne accueillie mais on n'intervient pas directement dans la fin du séjour mais on les conseille. A la fin, le jeune nous dit ce qu'il a ressenti.

- Avoir des nouvelles

- 2) On garde souvent des contacts avec les accueillis car un séjour, ça laisse des traces mais quand les gens prennent de la distance, c'est bon signe. On a même eu un accueilli qui était inquiet de savoir qu'on allait accueillir quelqu'un d'autre après lui. Un jour, on a reçu un ancien accueilli alors qu'un autre était à la maison et le nouveau n'avait pas du tout apprécié que l'ancien lui parle de son passé, il n'avait pas du tout envie d'être en contact avec ses congénères.

3) Souvent, ils téléphonent et ils viennent nous voir après.

L'ensemble des familles souhaiteraient avoir plus de nouvelles quand les accueillis continuent à être suivis au CSST. Mais dans l'ensemble gardent des contacts très proches, continuent à recevoir les ud après ce qui peut d'ailleurs poser des problèmes pour le nouvel accueilli qui peut avoir du mal à trouver sa place.

Centre D

Les familles ont des opinions différentes quant à la « tactique » à adopter :

- 1) « En règle générale, la dernière semaine est toujours infernale, ils sont complètement déboussolés, perdus... C'est dur pour nous aussi, il y a des liens qui se créent à force ».
- 2) On discute de l'après-séjour, mais « ils font souvent passer la charrue avant les bœufs ».
- 3) « Ils se placent des barres qu'ils essaient d'atteindre ».
- 4) « Il faut en parler au moins 2 mois avant, mais ça les angoisse quand même ».
- 5) « Plus on en parle tôt, plus c'est angoissant pour eux... ça les travaille ».

Plusieurs familles signalent qu'elles vivent mieux ce moment que les premières fois, qu'elles y sont mieux préparées.

FA ont souvent des nouvelles des anciens accueillis, même s'il y a souvent une période sans nouvelles pendant quelques temps, puis ils rappellent quand ça va bien. « On voit régulièrement ceux qui sont restés dans le coin ».

Elles ont beaucoup plus de nouvelles que l'équipe.

Plusieurs familles soulignent que les accueillis sont stressés de repartir chez eux : « Les blagues, ils les ont faites là-haut, ça leur fait peur... ». « Certains rechutent quand ils remontent, les copains les réentraînent ».

« ça fait un grand vide ».

6 Situation particulière

Crise

- Il n'existe pas la possibilité de contacter une personne du centre 24 h /24 h (le centre est fermé après 18 h et les week-ends)
- En même temps, la famille qui décrit un incident grave (TAL avec hospitalisation en réanimation) dit avoir été contactée à plusieurs reprises la nuit et les week-end. Elles disent aussi être "rassurées "car le centre est là "
- Elles disent toutes deux qu'un incident très grave les pousserait à arrêter, mais quand elles racontent leur vécu au quotidien on note une discordance. Ainsi sont décrits des vols importants, une "over dose", une TAL, des violences domestiques...

Refus

Je refuserai quelqu'un qui n'a pas la même culture que moi. Ca me gênerait, s'il faisait le ramadan, ça bouleverserait trop mes habitudes. C'est l'accueilli qui doit s'adapter à la FA et non, l'inverse.

Les 2 autres FA ne refuseraient aucun type d'ud.

- 1) Tant que j'aurai mes deux enfants, je voudrais pas accueillir n'importe qui, quelqu'un de dangereux ou avec un passé de gros délinquant ou encore dans la drogue ou alors des cas médicaux lourds. On a eu des musulmans, mais ça n'a pas posé de problèmes.
- 2) On se demande si on va pas arrêter parce que c'est de plus en plus dur, je vais être à la retraite et il n'y aura plus de contexte de travail. Et à chaque fois, il faut s'investir beaucoup donc ça devient lourd. Si je deviens un peu plus égoïste et que j'ai envie de penser à moi, j'arrêterai et je ferai d'autres choses comme faire des visites dans les prisons. Si on en avait qui se redéfonçaient, on ne supporterait pas car on ne peut pas gérer l'ingérable.

On est ouvert pour accueillir tout le monde dans la mesure où on peut parler avec eux.

- 3) Je refuserais quelqu'un qui risquerait d'être violent avec moi comme je suis seule. J'aurais pu arrêter si mes enfants en avaient pâti mais on en avait discuté avant et ils avaient accepté mon choix.
- 4) Je refuserais quelqu'un qui a un problème avec l'alcool car dans le cadre de mon gîte, je sers du vin. Je veux aussi que des personnes sevrées parce que je suis pas très partante pour les produits de substitution. Je voudrais des gens motivés et qui aient fait la démarche pour se sevrer.

Ce qui me pousserait à arrêter, c'est si j'étais pas assez disponible car si on le leur apporte rien, c'est pas la peine, ou alors si mon fils ne voulait plus.

- 5) On refuserait des gens violents ou qui aient des comportements négatifs avec les enfants.

Départs prématurés et ruptures de contrat

- 1) Ont eu deux arrêts : une personne qui était sous l'emprise d'un dealer et qui a du repartir chez lui, mais on garde contact avec lui, il nous a écrit pour nous dire que le séjour s'était bien passé et qu'il avait repris contact avec sa famille, et l'autre arrêt, c'est celui qui se droguait et qui nous mentait.
- 2) Dans la plupart des FA, les arrêts prématurés se produisent parce que l'accueilli va mieux, qu'il a trouvé un emploi ou un logement, il part alors quelques jours avant la fin d'un commun accord. Dans quelques cas plus rares, des départs au début parce qu'ils ne supportent pas la vie à la campagne et qu'ils s'y ennuiant.

Mais toutes les FA ont dit lors de la réunion collective "En FA, on ne parle jamais d'échec parce que tout se discute après."

- 3) « J'en ai un qui est parti parce qu'il n'a pas supporté la vie de famille ».
- 4) « Arrêt car incarcération »
- 5) « On a eu un jeune qui avait un cochon d'Inde et qui avait pris ma voiture sans me le demander. Je lui ai demandé de se séparer de cette bête que je voulais pas chez oi, ça l'a traumatisé et il est parti ».
- 6) Quelques arrêts après quelques jours : « C'était des jeunes de 17-18 ans, qui ne se donnaient pas la peine, des révolutionnaires... »

Ruptures de contrat :

- 7) « avait découché 2 jours »
- 8) « relation avec ancien accueilli »

Certains partent parce qu'ils ne supportent pas la campagne. Ou alors ils ont été trop gâtés chez eux et ne supportent pas qu'on ne fasse pas leurs quatre volontés.

A l'inverse, certains ne veulent plus partir et ça aussi c'est un problème.

Insertion

- 1) « C'est le centre qui s'en occupe mais on peut les aider pour les démarches administratives, les accompagner ou les faire profiter de nos connaissances ».
- 2) « On l'aidait dans ses démarches professionnelles mais avec parcimonie. Avant, j'étais formateur et il y avait une ambiguïté parce que le CSST m'avait choisi comme FA à cause de ça mais moi je ne voulais pas être dans les deux rôles, formateur et FA.

Donc on l'a aidé mais que ponctuellement pour les devoirs à la maison et les orientations ».

- 3) « On a observé une évolution très nette : il commence à parler aux clients, prend de l'assurance ».

Contact avec la famille d'origine

- En règle générale, ne cherche pas le contact, mais ne l'évite pas quand il s'établit. Une des familles dans une situation particulière a pris contact avec la famille d'origine (cas de la patiente sida avec troubles neurologiques). Elles pensent que leur rôle n'est pas d'être une famille de substitution, mais elles peuvent essayer de réfléchir avec l'accueilli à ce qui n'a pas marché dans leur famille d'origine.
- Dans la majorité des cas, pas de contacts avec les familles, mais quelques exceptions pour les enfants des tox accueillis qui peuvent être reçus. Très stricts en revanche avec les conjoints, pas de contacts, d'autant plus qu'une jeune fille a du avorter après avoir reçu son ami en FA.
- Globalement, la distinction entre FA et famille d'origine est bien faite. Elle est discutée avant l'accueil avec la famille et l'accueilli.

- 1) « Jamais de contacts avec la famille d'origine, les familles ne savent pas qu'ils sont ici et il vaut mieux ».

- 2) « Une fois, on avait reçu son ami et il voulait absolument parler avec moi de leur couple et moi, j'en avais pas envie ».

- 3) « Je leur explique bien qu'on n'est pas là pour remplacer ses parents ».

FA : Quelques contacts (familles qui passent, appel pour remercier)

- 4) « Ils téléphonent ou viennent : ça les rassure de voir où c'est, comment ça se passe ».

- 5) « Ils sont contents d'avoir une opinion sur leur jeune ». Parfois, « la famille ne voit pas le jeune évoluer et démolit ce qui s'est fait »

- 6) « Je ne suis pas le père biologique, donc je peux dire des choses qu'il n'aurait pas dit et que xx n'aurait pas accepté de son père »

Gestion des produits et des traitements

Pour toutes les FA qui ont rencontré ce problème de consommation, elles ont informé l'équipe du CSST et suivant la gravité ou si récidive, exclusion de l'ud. Dans d'autres cas, discussion et l'ud reste dans la FA.

Même si on voit que la personne consomme des produits, ce n'est pas une rupture de séjour automatique, c'est un objet de discussion, mais si la FA n'en peut plus, ils protègent la FA.

Les produits sont interdits dans le contrat sauf l'alcool car sinon, ça exclut l'accueilli de la participation à la vie familiale.

Pour les traitements, le centre nous demande de leur préparer mais moi, je préfère les laisser faire.

1 FA sur les 3 donne elle-même les médicaments.

- **Traitement** : difficultés non pas avec les traitements de substitution mais avec les traitements du sida ou des hépatites (lourds compliqués, effets secondaires, distribution hospitalière pour certains produits).
- **Tabac** : après plusieurs expériences (risque d'incendie, dégradation importante avec obligation de refaire peintures ou papiers peints...) Les deux familles ont imposé des règles simples : on ne fume que dans certaines zones ou dehors.

Pour le tabac, si ça gêne la FA, l'accueilli doit fumer dehors car c'est lui qui doit respecter les règles et le rythme de la FA qui l'accueille.

- **Produits illicites** : à priori les usagers ne devraient pas, mais il existe une consommation notamment de cannabis (qui ne dérange pas trop). L'important est de pouvoir en parler et de ne pas faire comme s'il ne s'était rien passé. Elles ont toujours prévenu le centre, mais les personnes accueillies s'étaient dénoncées spontanément au centre, il ne faut pas non plus que cela devienne une habitude, mais cela n'a jamais été la cause d'un arrêt prématuré d'hébergement. Elles ont remarqué que lorsque cela se passe, les usagers laissent toujours en évidence des indices (seringues notamment). Elles pensent aussi que c'est une façon pour l'utilisateur de provoquer un débat sur les produits avec la famille.
- **Médicaments détournés de leur usage** : idem produit illicite, (achat de Néocodion® à la pharmacie du village)

1) On a eu un gars avec qui ça se passait mal, il bluffait, il nous disait qu'il voulait rompre avec la drogue et en fait, il descendait sur Grenoble pour se réapprovisionner, il nous a menés en bateau et il fondait les plombs. On a sollicité une éduc parce qu'un soir, il voulait qu'on le descende sur Grenoble et elle est venue le chercher. C'est le seul coup dur qu'on a eu. Mais j'aimerais bien le revoir pour faire un bilan avec lui et voir s'il disait vrai ou pas, on avait l'impression qu'on n'avait pas de prise sur lui.

Quand une personne reconsomme, on le sait pas, on le découvre parce qu'on trouve des comprimés dans la poubelle mais ça c'est pas notre rôle, c'est celui du CSST pour gérer les questions de produits. Une fois, on a dû appeler le CSST et on a réglé le problème à trois en en discutant.

Les traitements, c'est eux qui les gèrent avec un médecin du coin qui est habitué.

- 2) On a eu des personnes en substitution mais au départ, j'étais contre la substitution, mais je me rends compte que ça peut être une étape pour eux mais je préfère quand même qu'ils soient pas sous substitution sinon, ils sont assommés toute la journée.

On en a eu qui consommaient des produits mais on en a profité pour discuter avec lui et ça s'est arrêté. Si ça n'arrive qu'une fois, c'est pas vraiment un problème. Il ne faut pas qu'il y ait de récidives car on ne peut pas aider les gens s'ils ne font pas d'efforts.

- 3) J'ai retrouvé une seringue dans la chambre d'un accueilli mais c'est des problèmes normaux, ça se discute. J'ai reçu du soutien du CSST et j'étais vraiment en lien avec eux, si je n'avais pas senti ce soutien, je n'aurais pas continué.

- 4) Je n'ai jamais eu personne avec des produits de substitution car je l'ai demandé.

Je n'ai jamais eu personne qui consomme des drogues sur place ou en tout cas je l'ai pas su. J'ai eu un doute une fois, mais comme la personne tenait la route, je n'ai rien dit. Et puis, il faut qu'il y ait une confiance et si ça arrivait, on en discuterait.

- 5) Sur place, ils n'ont jamais consommé de produits mais en descendant sur Grenoble, si mais il nous l'a dit. Chez nous, à table, on ne boit pas d'alcool donc eux non plus.

- 6) Les problèmes avec l'alcool, tout le monde a connu.

Avec les autres produits, si la personne consomme chez nous, on en parle avec le CSST mais si on sent qu'elle évolue et qu'elle fait des efforts, alors, on l'excuse. Mais si elle ne fait pas d'efforts, je ne supporte pas.

Je ne savais pas comment faire face qu'il fait que la personne buvait de l'alcool et fumait des joints en dehors de chez nous quand elle allait à Grenoble et le CSST m'a dit de faire comme je voulais, qu'il n'y avait pas de règles.

Avec les médicaments qu'on leur prescrit, c'est pas évident de voir la différence avec les drogues. Et puis tout supprimer d'un coup, c'est pas facile. Alors, il faut voir le cheminement de la personne de manière plus globale et de voir si elle accepte d'en discuter parce qu'on est là pour les aider.

Parfois, ils consomment des produits quand ils cherchent à ce qu'on les mette dehors. Les débuts et les fins de séjour, il y a souvent des passages à l'acte parce qu'ils essaient de nous tester donc c'est important d'en parler avec eux. Et puis, c'est très angoissant pour eux de se retrouver dans une famille qu'ils ne connaissent pas. Moi, à leur place, je ne le ferais pas.

- 7) Moi au début, je donnais le traitement mais j'ai arrêté car il demandait toujours plus, c'était épuisant et notre relation s'était dégradée. C'est pas très sain quand on donne le traitement car ça nous met dans une position où on prend toute la place.

Sauf parfois quand l'accueilli va mal et qu'il nous demande de lui-même d'aider à gérer le traitement, on le fait.

L'ensemble des FA préfère ne pas donner les traitements de substitution pour ne pas mélanger les rôles. Grande tolérance pour la consommation de produits si les accueillis font des progrès et en discutent.

Toutes les FA sauf une (« au début, on fait attention, puis il gère les médicaments tout seul si c'est possible, on le voit vite ») gèrent les traitements sur toute la durée du séjour. 1 FA prépare le traitement pour la journée dans une boîte spéciale.

FA gérant les traitements : « Subutex souvent utilisé comme une drogue », « plus vite on peut l'arrêter, mieux ça va ».

Souvent traitements enfermés dans l'armoire à pharmacie avec les autres produits.

Alcool

- Après plusieurs expériences négatives, les deux familles ont imposé des règles simples : ne pas laisser traîner des bouteilles, on ne boit pas seul, donc aux repas du soir ou bien pour une occasion conviviale, ou encore quand les choses vont mal (premier contact avec la famille d'origine pour l'accueilli, refusé pour un emploi...). En même temps, elles ne sont pas dupes et il arrive que les personnes accueillies boivent dans la rue ou boivent de manière exagérée lors de réunions de familles par exemple.

Les stratégies par rapport à l'alcool sont différentes selon les familles :

« Ils boivent comme nous, le week-end ».

« C'est dur à gérer : c'est convivial, c'est autorisé ». « Ils ne se jettent pas sur le vin, mais sur les alcools forts : on les met sous clé généralement ».

« Les bouteilles sont là. S'il y a une exception, OK, on discute. S'il y a un 2^{ème} problème, on en parle avec les éducateurs : c'est clair et net, ils n'ont pas le choix ».

« Ils n'y touchent jamais. On a eu 1 seul dérapage ». « Rien n'est fermé à clé, le vin est sur la table...c'est dit dès le départ ».

« On a parfois des problèmes et on ferme à clé ».

« Je ferme tout à clé. Je le faisais pas avant, il y avait peu de transgression avec l'alcool, c'était surtout les médicaments, mais maintenant c'est souvent avec l'alcool ».

« On a essayé de tout fermer, ça a été un échec. Maintenant on laisse tout en place, ça amène à réfléchir, il sait qu'il faudra s'expliquer... ».

Une famille ne cache pas les bouteilles d'alcool, mais le grand-père a l'œil. « On en parle dès le début. C'est important de ne pas fermer les yeux, sinon refus de voir la réalité, c'est une forme de provocation ».

Il est « important de toujours reprendre, que ce soit parlé en tête-à-tête. »

A la limite, cela paraît plus simple quand le problème d'alcoolisme a été identifié avant. Parfois, il y a une discussion, « contractualisation » avant une fête, un marché...

Interactions avec la famille et l'environnement

Nous on reçoit des handicapés et c'est intéressant parce que les tox s'occupent des handicapés et les aident à progresser.

Nos enfants sont parfois jaloux car ils se plaignent que les tox fassent moins de tâches ménagères qu'eux.

Nous, c'était l'inverse, nos enfants s'en font des copains, on a même notre fille qui est partie avec un des accueillis.

Avec nos collègues de travail, ça les impressionne, ils nous admirent.

A la campagne, on n'a pas trop de contacts avec les voisins.

Avec les amis, ça ne pose pas de problèmes, sauf quand ils posent trop de question, ça peut gêner les accueillis. On les fait participer à la vie amicale mais s'ils sont timides et que ça les dérange, on les force pas. Certains n'osent pas déranger et n'osent pas rester avec nous quand on reçoit des amis.

1) Avec mes enfants, ça se passe plutôt bien, ils jouent avec eux, ils sont habitués à voir du monde, mais c'est vrai que pour eux, je prendrais pas n'importe qui.

Sinon, on les amène aux fêtes de famille et avec les voisins, ça se passe bien.

Leurs familles à eux, parfois on les reçoit, mais c'est pas évident parce qu'ils ne comprennent pas pourquoi, ils ont besoin d'une FA alors qu'ils ont déjà une famille. C'est vrai que c'est un peu délicat.

2) Nos enfants, elles l'ont bien accepté au début mais ensuite, elles nous ont dit qu'on en faisait un peu trop et qu'on se laissait abuser. Parce qu'on en avait un qui nous avait volé un chèque et on l'avait gardé quand même et on l'a même revu après son séjour. Des fois, ça nous contraint un peu au niveau familial parce qu'on ne peut pas sortir avec ma femme quand on veut. On reste plus chez nous et on est obligé de faire le repas même si nous, on n'a pas faim. Je pense que les prochaines fois, on va se permettre plus de sorties à deux. Ça a une grosse incidence sur la vie de couple, ça limite nos discussions à table car on peut pas parler de nos problèmes devant eux. Mais ça nous permet de relativiser la vie. Et puis quand un des deux en a marre, c'est l'autre qui prend le relais. On les revoit souvent après les séjours donc c'est une vraie intégration dans notre vie de famille.

Sinon, nos amis nous font des réflexions positives, ils trouvent ça courageux, ils posent même des questions sur les accueillis pour avoir de leurs nouvelles quand ils sont partis. Nos amis, ça permet aux accueillis de voir leur réseau s'agrandir.

- 3) Je pense que c'est intéressant pour mes enfants car ils ont été élevés dans un milieu privilégié et être confronté à ces jeunes, ça leur a fait découvrir d'autres milieux et ça leur a donné une ouverture d'esprit. Mais quand j'ai accueilli une mère avec son enfant, ça s'est très bien passé et ma fille a trouvé que je consacrais trop de temps à cette personne.

Sinon, ça ne change pas grand chose dans mon organisation quotidienne mais je mets entre parenthèses certaines sorties quand j'en accueille. Mais je le fais sans pour autant tout sacrifier à la personne accueillie.

- 4) Je demande toujours à mon fils s'il est d'accord, sinon, je ne prends personne. Mon fils est présent pendant l'accueil.

Sinon avec les clients du gîte, ils sont en contact mais ils ne savent pas qu'ils sont tox, je dis juste qu'ils ont des difficultés parce que le mot tox fait peur aux gens. Je préviens quand même les clients qu'ils ont des problèmes car ils pourraient se poser des questions à cause de leur look.

Par mon voisinage, c'est plutôt bien perçu. Sauf par les paysans qui nous ont donné une mauvaise réputation en pensant qu'il y a que des drogués chez nous.

- 5) Ça change des choses quand on accueille surtout au niveau des repas, j'ai toujours la crainte de mal faire. Et comme l'accueilli passe du temps avec nous, on doit être disponible pour ses demandes. Il faut aussi qu'on soit juste entre ce qu'on fait pour les enfants et pour les accueillis pour qu'il n'y ait pas de revendications d'un côté ou de l'autre.

Nos enfants qui sont ados sont confrontés à la drogue au quotidien. Au début, la plus petite était choquée qu'on accueille un tox parce qu'elle trouve ça pas bien de se droguer. Mais le plus grand, il était très copain avec lui donc nous, on faisait attention pour les problèmes d'identification. On l'a beaucoup prévenu là-dessus notre fils.

Sinon, on avait la grand-mère chez nous et ça se passait très bien avec l'accueilli, ils se parlaient, c'était le grand amour.

Sinon, on a une amie qui ne voulait pas qu'on vienne avec un tox, elle avait peur de se laisser envahir.

- 6) Quand on reçoit des amis, ça peut être gênant parce qu'ils entendent tout ce qu'on dit et on aimerait se retrouver seuls parfois.

Pour toutes les FA, un des motifs de l'arrêt serait que les enfants n'acceptent plus l'accueil. Sinon deux cas, 1) les FA dont les enfants sont loin de la maison trouvent que leurs parents s'impliquent trop et que ça va leur poser des problèmes et 2) ceux dont les enfants sont à la maison peuvent être confrontés à des sentiments de jalousie des deux côtés.

Pour toutes les FA, avec le voisinage et les amis, pas de gros problèmes mais ne disent pas qu'ils accueillent des toxicomanes. Dans les villages, la FA a rapidement mauvaise réputation et les accueillis peuvent subir des réflexions du genre "toi, tu fais partie de la bande à untel !".

Dans les cas où les FA ont une personne âgée ou des handicapés à la maison, à Troyes comme à Grenoble, ils ont reconnu que ça se passait très bien et que le toxicomane s'occupait de ces personnes, que ça leur donnait une place dans la famille et qu'ils nouaient des relations fortes avec ces personnes.

Dans l'ensemble, les FA reconnaissent que ça bouleverse peu leur vie familiale et amicale mais ils aimeraient de temps en temps avoir plus d'intimité ou abandonnent des habitudes comme "Je ne peux plus me balader en petite culotte dans la maison !"

Pas de problème signalé dans les relations avec la famille vivant sous le même toit. Mais plusieurs FA ont commencé l'accueil quand les enfants étaient à l'université ou en pension : « ils étaient très contents, ils ont lié des relations d'amitié avec certains ».

Certaines familles étaient déjà FA quand les enfants étaient à la maison : aucun problème n'a été signalé, mais ces familles demandent des accueillis de même sexe que les enfants. Pas de problème avec les jeunes enfants, qui disent parfois les choses crûment et naïvement, jouant ainsi un rôle particulier dans l'accueil.

« En général, ça se passe très bien, aussi bien avec les enfants que les grands-parents, mais ça dépend des ados ».

« Parfois ça leur fait mal de voir une famille composée ».

Une FA note un « apport par rapport à mes propres enfants : ça les a fait beaucoup réfléchir ».

Situations difficiles

1) Parfois, ils prennent beaucoup de place. Notre dernier accueil, il avait tout le temps besoin d'être avec moi, il restait à côté de moi-même quand je repassais donc je n'avais pas de moments de libres.

On en a eu un qui a fait une tentative de suicide, il s'est taillé les veines le soir de Noël et on a pu appeler le CSST, ils nous ont aidé et ils ont montré beaucoup de disponibilité.

2) L'année dernière, j'ai eu un chèque volé et j'ai appelé tout de suite l'éducatrice, ça n'a pas été une rupture de contrat car on a pensé que c'était une manoeuvre de l'accueilli pour se faire mettre dehors.

3) La règle, c'est pas de contacts avec l'extérieur. Mais une fois, j'ai accepté qu'une ado fasse venir son copain et elle s'est retrouvée enceinte, heureusement, elle était majeure. J'avais demandé au CSST si elle pouvait sortir le soir car elle le demandait tout le temps, le CSST m'avait dit qu'elle était libre. C'est la directrice du CSST qui s'est occupé de tout pour l'avortement.

Sinon, j'en ai eu un autre qui a pris un fusil et qui a menacé des clients. J'ai eu aussi des tentatives de suicide. Donc, avec tout ce que j'ai eu, je ne vois pas bien ce qui pourrait me faire arrêter. Il faut faire attention aux périodes de Noël car ils y sont très sensibles.

4) On a eu des problèmes à Noël avec un accueilli parce qu'il passait son temps devant la télé alors qu'on la limite pour les enfants. Il voulait passer Noël en famille, mais il le vivait mal. Il ne devait pas téléphoner de la maison et il le faisait derrière notre dos. Il n'avait pas d'argent et il nous tapait des cigarettes.

Un autre accueilli a été très pénible avec nous car chaque fois, qu'on avait un moment fort en famille et qu'on se décentrait de lui, il nous boudait. On en a discuté avec lui en le menaçant de s'en aller et il a changé.

Situations qui feraient arrêter les familles

- Echec (« il faut une période pour souffler, les dirigeants doivent le sentir ») et surtout « échecs successifs ».
- Echec au bout de quelques jours.
- Cas lourds (« il faut un break de 2 mois »).
- Retraite de la famille.
- Occupé par parents ou petits-enfants.
- Déception de voir que certains replongent après.

Stages de sport à dépassement

Toutes les FA pensent que ces stages sont très positifs. Les accueillis en sont tous très fiers, même si certains hésitaient à y aller.

- 1) « Ce qui est important aussi, c'est toutes les démarches autour, comme la sport-thérapie ».
- 2) « Ils en parlent beaucoup après, ils en sont fiers ».

Publics les plus adaptés pour l'accueil en FA

Globalement, les FA pensent que l'accueil en FA est plutôt moins adapté pour les plus jeunes.

- 1) « ça se passe toujours mieux avec les anciens, ils veulent s'en sortir, ils sont plus motivés »
- 2) gratifiant avec les 17-20 ans : « plus d'élan à le sortir de son ornière. Avec les plus âgés, on a l'impression de limiter la casse ». « Paradoxalement, vers 25 ans, ils s'en sortent mieux ».
- 3) « Tous font un parcours positif, même en cas de rechute... Ils se raccrochent d'eux-mêmes assez vite dans l'ensemble après le séjour ». « Parfois, 8 jours ont autant de poids que quelques mois ».
- 4) + dur avec le plus jeune (18 ans) : « dur de faire comprendre le pourquoi du non ».
- 5) « Les plus de 25 ans s'en sortent le mieux. Ils réfléchissent. Les plus jeunes ne pensent qu'à recommencer, ils ne sont pas assez mûrs ».
- 6) dit en entretien collectif par 3 FA sur 4 : « ça marche mieux quand ils ont bien galéré avant » et « s'ils sont motivés »

Aspect financier

- Les FA pensent que leur rémunération est suffisante.
- Les FA pensent que les usagers n'ont pas assez d'argent de poche (100 FF par semaine).

7 Appréciation du dispositif et avenir

Satisfaction

Etre FA, ça a fait changé mon image du toxicomane qui était négative et de ce que je vois aujourd'hui, c'est des bons gamins.

La FA, pour les ud, ça apporte la chaleur, les relations humaines sont plus personnalisées.

Ca leur permet de se poser, de se reprendre en mains, de se resocialiser parce qu'ils ont des horaires précis, ça fait moins prison qu'un centre, on a des horaires plus souples, ça les aide à se réinsérer.

Depuis qu'on est FA, on est plus ouverts, plus attentifs aux autres. Autour de nous, les gens sont étonnés qu'on fasse ça sans rien attendre.

Pour mes enfants, ça les a renforcés dans leur idée de ne pas toucher à la drogue, ils sauront plus facilement dire non que les autres.

Ce qui me motive le plus pour continuer, c'est de voir qu'ils s'en sortent, mais ce qui me rasure, c'est le travail avec l'ALT, seul, ça serait pas possible.

Si un toxicomane devenait dangereux, j'arrêteraient ou alors si l'ALT nous soutenait moins.

Le soutien de l'ALT, c'est important.

1) « Pour que ça marche, il faut qu'ils en aient envie de se battre pour s'en sortir, on en a eu qui ne voulaient pas avancer. Nous, on est là que pour les aiguiller un peu. Mais ça fait plaisir de les voir devenir autonomes. Les séjours longs, c'est plus intéressant car on voit les évolutions. C'est des jeunes qui ont besoin de couper avec leur milieu. A la campagne au début, ils ont un coup de blues parce qu'ils se sentent isolés mais après, ils comprennent que c'est vraiment bien pour eux d'être isolés, ils voient que c'est la seule porte de sortie pour rompre avec toutes les tentations, y en a même qui ensuite veulent pas redescendre chez eux... Etre accueilli à la ferme, c'est un atout parce que c'est à l'écart du monde mais on a de quoi les occuper, ils peuvent faire quelque chose et voir qu'ils valent quelque chose, c'est souvent ce qui leur manque. Depuis que je suis FA, j'ai plus de recul qu'avant, je prends moins au premier degré ce qu'ils me disent, on prend plus de recul. Mais je n'ai plus envie de me laisser bouffer.

Les FA, c'est mieux que les structures collectives parce qu'ils voient que dans la vie, il faut travailler, alors que dans les foyers, c'est de l'assistanat. Les recadrer et leur remettre un rythme de vie, c'est important pour eux. »

2) « On leur fixe des objectifs et ça permet d'évoluer, c'est la dynamique du provisoire qui avance. On leur parle jamais de leur toxicomanie parce qu'on veut les sortir de leur étiquette sauf s'ils ont envie d'en parler. Ils rencontrent des mentalités qu'ils n'ont pas connu. Je pense à un gars qui ne replongera pas parce qu'il aurait peur de nous faire

du mal. Mais le lien, il faut pouvoir le relâcher à un moment... Les FA, ça les aide dans leur cheminement, de sortir de leur milieu, c'est une étape qu'ils redoutent souvent car ils ne savent pas ce que c'est. Mais dans la FA, ils retrouvent leur anonymat, un cadre, des marques et leur personnalité, la vie de tous les jours, les fêtes familiales. Ils retrouvent des choses de la vie qu'ils avaient perdues. Ils ont un soutien individualisé. Ils trouvent de la considération et de l'amour, ce qu'ils n'ont pas habituellement. Et quand on retrouve ses repères, ça peut faire tilt.

Plus j'en reçois, plus je suis motivé pour continuer car on a une petite satisfaction de voir qu'ils s'en sortent. J'ai envie de donner un sens à leur vie mais nous aussi, ça nous apporte des choses au niveau de notre couple, ça nous permet de réfléchir, de ne pas vivre tourné sur nous-mêmes. Ça nous faisait un peu peur au début parce qu'on avait une mauvaise image du drogué mais c'est très intéressant d'avoir fait ça. Grâce au CSST, on a un projet global parce qu'on n'a pas les compétences pour les soutenir seuls. On voit que grâce aux FA, ils ont la possibilité d'avoir une nouvelle vie, de se valoriser, de se découvrir des capacités... C'est important que le CSST nous fasse participer à des activités nationales pour nous faire échanger et partager les expériences d'autres FA».

- 3) « Ce qui me motive le plus, c'est que ça fait rester jeune, ça remet en question et ça permet de rester ouverte. J'arrêtera si un jour ou l'autre, je me rends compte que je n'ai pas l'enthousiasme pour continuer. Quand les jeunes ne sont pas motivés, c'est pas très intéressant pour moi. Ce qui me motive aussi, c'est qu'aucun accueil ne ressemble aux autres et ça, c'est vraiment intéressant ».
- 4) « Ce qui est important, c'est de pouvoir faire des pauses et de pouvoir refuser. Quand je fais des accueils d'ados en difficultés, je ne prends pas de tox. L'intérêt des FA, c'est que ça leur fait un point de repère, comme ils sont vraiment déstabilisés. Pour moi, c'est un enrichissement... Ce qui marche bien, c'est que l'accueilli se retrouve dans une ambiance de famille, ils découvrent un nouveau mode de vie, une stabilité. Et le contact avec les animaux, c'est très bien pour eux. Pour nous, c'est très important, le contact avec le CSST».
- 5) « Le premier intérêt c'est qu'ils se retrouvent dans un contexte différent de celui qu'ils connaissaient avec des gens pas tox. Et on a des heures régulières, on mange sain. Il peut parler avec nous et ça peut l'obliger à avoir d'autres comportements et à ouvrir leurs points de vue et leurs centres d'intérêt. L'autre intérêt, c'est qu'ils arrêtent de reprendre des produits mais c'est le plus difficile. C'est important de voir que ça a un impact, de voir qu'il a changé, l'accueil est alors moins stressant pour nous. C'est important de comprendre les mécanismes qui font que l'accueil marche, de pouvoir identifier ce qu'on fait. Discuter avec les tox, c'est très important pour eux.

Ce qui nous motive le plus pour continuer, c'est les résultats visibles et la rencontre avec les tox. Ça nous fait bouger des choses, ça nous apprend à mieux nous comporter et à avancer. Mais on ne veut pas des accueils trop compliqués où il faille donner trop d'énergie. Il faut que les tox soient volontaires et qu'ils aient des potentialités pour avancer, sinon, c'est pas intéressant. Il faut un équilibre entre points négatifs et positifs ».

- 6) « Avec mon mari, on a des activités différentes habituellement et le fait de faire FA en commun, ça nous rapproche, ça permet aussi de tester le couple, c'est constructif. On a des centres d'intérêt moins matériels, on relativise ».
- 7) « On les aide à s'en sortir. Le plus grand plaisir qu'on puisse avoir, c'est qu'ils reviennent 4 ou 5 ans après en s'en étant sortis ».

Pour la satisfaction, l'ensemble des FA ont reconnu que ça permettait aux ud d'être valorisés, de retrouver une vie régulière, d'avoir plus de centres d'intérêt de se retrouver dans un milieu protégé sans tox et sans étiquette. Du côté des FA, ils reconnaissent que ça leur permet de rester ouvert, que ça rapproche un couple, que ça leur permet de relativiser et que c'est très enrichissant pour leurs enfants car ils s'ouvrent à d'autres milieux.

Améliorations

- Pour améliorer, il faudrait peut-être mieux connaître les familles. Ce qu'il manquerait, c'est des réunions au niveau national pour que les familles se rencontrent.
- Ce qui est indispensable, c'est que le couple soit à deux parce qu'on se complète. Si on est seul, on arrive plus se protéger car parfois, les familles ont elles-mêmes plus e problèmes que les accueillis.
- - Il faudrait que l'ALT fasse plus de publicité car sinon il n'y aura plus de FA. Il faut faire connaître le dispositif.

1) Ce qui est le plus dur à gérer, c'est le côté médical et souvent ils reconsomment parce qu'ils ont été mal sevrés, donc ce serait bien d'avoir une meilleure formation pour connaître les mécanismes de la drogue.

2) Les FA et la prise en charge des toxicomanes, ça coûte cher à la société.

Sinon, par rapport au CSST, on n'a pas d'améliorations à demander parce que leur soutien est très rassurant, on peut demander conseil à tout moment.

Après un accueil, on a besoin de temps pour souffler, il faudrait qu'on puisse attendre un peu.

3) Les accueils qui sont très courts, de quelques jours, c'est plus difficile, c'est plus du dépannage, on n'a pas vraiment l'impression d'avancer.

4) Quand on les descend à Grenoble en voiture, on est remboursés mais quand on doit leur faire voir un médecin et qu'on doit avancer les frais, c'est un peu problématique.

Il faudrait qu'on soit mieux informés sur leur parcours avant de les recevoir car eux, les tox, ils nous racontent bien que ce qu'ils veulent.

On n'est pas assez valorisés ni reconnus parce qu'on nous demande d'accueillir les gens chez nous. Je pense que la rémunération de 150 fcs n'est pas assez importante

par rapport au temps qu'on y passe. Surtout par rapport au prix de journée dans les foyers qui sont bien plus importants. Il faudrait une rémunération de 270 fcs par jour comme dans les pensions complètes.

Sinon, il faut garder les rencontres nationales des FA mais avec plus d'expériences de terrain et moins de théorie.

- 5) Il faudrait un accompagnement des toxicomanes plus important pour l'emploi de la part du CSST et de pouvoir maintenir la stabilisation de la personne après notre accueil même s'ils donnent l'impression d'aller mieux car tout ne va jamais bien chez les toxicomanes.

Sinon, le CSST ne veut pas nous dire les maladies des personnes, et il faudrait nous le dire et que ce soit une condition à l'accueil. Sinon, c'est gênant parce qu'on prend toujours des précautions extrêmes comme si la personne était séropositive même si elle ne l'est pas. Ne pas le savoir, c'est malhonnête au niveau des rapports humains et ça met nos enfants en danger. Si un accueilli me disait qu'il n'était pas malade et que je découvre qu'il l'est, ça serait une cause de rupture de contrat pour nous. Par exemple, le dernier accueilli avait l'hépatite B, il nous avait dit que ça ne se transmettait pas par la salive, alors qu'on s'est renseignés et que si. Il faudrait qu'on puisse savoir avant et qu'on puisse en parler. Mais c'est la même chose du côté des FA, il faudrait qu'elles remplissent un dossier médical et qu'elles disent leurs maladies. Il faut la confiance des deux côtés pour que ça marche.

- 6) Je trouve que c'est une bonne chose qu'il n'y ait pas de rémunération mais juste une indemnisation car qui dit salaire dit productivité. Moi sans salaire, je me sens plus libre, j'exprime mieux mes limites. Et on n'a pas d'évaluations sur notre travail, on se sent pas jugé.

Pour l'ensemble des familles, satisfaction importante, une seule personne s'est plaint de la rémunération, mais toutes les autres reconnaissent que ne pas avoir de salaire leur donne un statut et une relation plus intéressants. Pour le secret médical, une seule FA l'a déploré et c'est une FA qui commence l'accueil avec des toxicomanes.

Intérêt du dispositif

- Le passage en FA est comme une référence pour l'avenir pour les personnes que nous recevons. D'ailleurs à chaque moment important de leur vie, cela même lorsqu'ils ont gardé des contacts lâches, les accueillis prennent contact avec la FA.
- Pour les familles c'est aussi une rencontre humaine très importante, elles disent avoir évolué, être moins sectaires, plus tolérantes.
- Il s'agit d'une petite structure où tout le monde se connaît, c'est très familial.

Évolution possible des FA

- Il faudrait un référent pour les familles.
- Une ou deux visites par semaine d'un psychologue, soit du centre, soit de la région.
- Il faudrait un responsable sur le site d'accueil pour pouvoir régler les petites choses.
- Un soutien psychologique plus important pour les familles.
- Il faudrait pouvoir disposer de plus d'informations sur les personnes, mais problème du secret médical.
- Sur le plan médical, les choses vont un peu mieux avec la CMU car avant ils n'avaient pas tous de prise en charge.
- Doit-on définir des temps de séjours ?
- Certaines personnes ne seront jamais insérées. Il pourrait y avoir des FA au long cours, car c'est difficile de penser qu'une personne que vous avez accueillie va finir SDF.
- Ils ont tous des problèmes avec l'alcool, mais ce n'est pas la même chose qu'un alcoolique.

**Synthèse
des entretiens avec
les accueillis des 4 réseaux**

SOMMAIRE

1	Phase de recrutement des FA	1
2	Phase de préparation à l'accueil	2
3	Arrivée	4
4	Suivi/séjour	4
5.	Préparation au départ/ départ	8
6.	Situations particulières	9
7.	Appréciation du dispositif et avenir	13
8.	Remarques	17

1 Phase de recrutement des FA

1) « Suite à une cure en milieu hospitalier, j'avais connu les foyers et je ne m'y sentais pas bien. J'espérais que la fa allait m'éloigner de mon milieu ».

2) « J'étais endetté, je voulais faire des économies, je voulais pas retourner chez mes parents donc on m'a proposé une fa. J'ai été placé en deux jours. On m'a présenté la fa et j'y suis allé ».

3) » C'est moi qui ai fait la démarche parce que les sevrages ne marchaient pas. Je voulais pouvoir continuer à pouvoir travailler et en post-cure, je pouvais pas. La fa, c'était un moyen de me réinsérer. Je voulais partir de la ville d'où j'habitais parce que toutes mes relations étaient basées sur la came. Au début, j'ai appelé le centre ALT au téléphone et ça a pris un mois et demi pour se connaître. J'ai fait un sevrage à l'hôpital et je suis allé dans la famille.

J'avais écrit et téléphoné. Alors que dans les autres centres, c'était trop compliqué, il fallait se déplacer sur place et à mes frais. Là, c'était moins compliqué. Je leur ai expliqué mon parcours et ils ont eu des contacts avec le médecin qui me suivait. Tout le monde était sympa dans le centre donc ça m'a donné envie de venir.

Mais la première fois, j'hésitais encore à y aller, c'était pas clair, ma vie d'avant, j'avais l'impression que c'était normal. Le manque psychologique me faisait peur et je craignais que la fa me fixe des règles ».

4) « J'étais hospitalisé et je voulais aller en post-cure mais les délais étaient trop longs. ALT m'a proposé une fa mais moi, je voulais pas au début parce que ça voulait dire remplacer mes parents et ça me plaisait pas.

Pendant l'hospitalisation, le monsieur de la fa est venu me voir et ça m'a rassuré. J'ai senti tout de suite que ça passait bien avec le couple. Comme ils sont à la campagne, ça me plaisait, d'être un peu éloigné, ça fait du bien. Le fait d'être dans une ferme, c'était bien parce que j'ai toujours vécu en HLM ».

5) « Au départ, choix d'une maison de repos et déconseillé car consommation de produits à l'intérieur donc choix d'une FA. Je voulais couper les ponts avec la drogue et le milieu ».

6) « J'ai été hospitalisé plusieurs années d'affilée et lors d'un séjour ambulatoire, on m'a parlé d'une FA. Comme je voulais partir loin, on m'a branché sur Grenoble. On m'avait rien dit sur les FA, on m'avait seulement demandé si les enfants me dérangent pas ».

7) « Je suis pas toxico, je fume que du hasch. Mais je fumais tellement, j'ai arrêté de bosser alors c'était la catastrophe, je mélangeais avec de l'alcool et des anxiolytiques. J'ai réalisé que ce n'était plus une conso normale et c'est là qu'on m'a proposé de partir en FA ».

8) « J'étais en post-cure et ils m'ont demandé de penser à ma sortie, je voulais avoir un appartement thérapeutique et faire un stage mais comme je n'ai pas trouvé de stage, on m'a proposé une FA comme tremplin en attendant. Je voulais pas faire un séjour de plus de trois mois car je voulais que ça aille vite pour que je trouve un appartement après ».

9) « J'étais en maison de repos et je me sentais pas prêt de rentrer tout de suite dans le travail mais je voulais pas rechuter. On m'a proposé une FA dans le CSST de Gap, je voulais pas être trop loin de Grenoble parce que ma copine habite Grenoble mais je voulais une FA avec du mouvement, du passage donc on m'a proposait une FA qui tenait un camping ».

10) « J'entendais parler de FA au CSST et j'avais besoin de me protéger pendant le jour de l'an, car je ne voulais pas replonger dans la coke. J'ai demandé à aller en FA de moi-même ».

2 Phase de préparation à l'accueil

Centre A

1. Jeune homme de 19 ans, après un passage en HP pour un épisode de bouffée délirante consécutif à la prise de cannabis et de cinq comprimés vendus comme de l'ectasy, une association aide aux toxicomanes l'a mis en contact avec le centre Chimène car il désirait partir en famille pour construire des relations en famille. Son psychologue référent lui a présenté les différentes familles et ils ont choisi ensembles. Il préférait une famille sans enfant.

2. Il s'agit d'un homme de 27 ans, il est parti en FA, il y a environ trois ans, à l'époque il était pris en charge par le centre Chimène. Il était en fin de sevrage à l'héroïne et prenait de la méthadone depuis 1 an, un peu de cocaïne. Il vivait chez son père et il a demandé à partir en FA pour se mettre au vert, pour repartir à zéro. Il a choisi la famille avec son référent, il voulait être à la campagne, dans une famille avec enfants et avec des animaux mais pas trop loin de sa famille d'origine pour pouvoir garder des liens. En fait plus informé que préparé au séjour.

3. Il s'agit d'un homme de 32 ans. Il a été élevé en familles d'accueil ASE, et garde le souvenir d'une enfance très triste et malheureuse. Il est entré dans la toxicomanie à l'âge de 17 ans. Sa femme était aussi toxicomane, leur fille âgée de 10 ans aujourd'hui est depuis toujours en famille d'accueil ASE. Il ne bénéficie que d'un droit de visite de 2 h tous les 15 jours. Sa femme est morte d'une over dose. Il a commencé un traitement de substitution en 1998 avec son généraliste (Subutex• qu'il associait à un peu de cocaïne). Il est pris en charge par le centre Chimène depuis environ deux ans. Il a été hospitalisé en 1999 pour une endocardite grave (il est en attente d'une transplantation cardiaque).

Après sa sortie de maison de repos, il a refusé une hospitalisation (car rechute cardiaque) l'assistante sociale lui a proposé de partir en FA en attendant d'un logement et de l'évolution de son dossier COTOREP.

Il n'a pas vraiment choisi la FA car il ne restait plus qu'un couple d'homosexuels...

4. Il s'agit d'un homme de 39 ans qui est pris en charge depuis un an par le centre Chimène. Il a connu trois séjours en FA.

Après un long passé de toxicomane, il était en appartement thérapeutique, mais il a fait une septicémie et a été hospitalisé huit mois. A sa sortie d'hospitalisation, il est donc devenu SDF. Il fréquentait une structure de bas seuil et recevait de la Méthadone à la dose de 40 mg qu'il associait à de la cocaïne. Après un séjour en HP il a été pris en charge par le centre Chimène.

Centres B, C et D

1) « Je suis venu au centre pour 3 jours, ils m'ont questionné sur mes motivations ».

2) « Comme j'étais pas de la ville, je suis venu 4 jours et on m'a interrogé sur mes choix et mes envies, on m'a proposé une FA en me disant que je pouvais en changer si elle me convenait pas ».

3) « Le CSST m'a interrogé pour voir si j'étais prêt et ils m'ont présenté la FA ».

4) « On a préparé le séjour avec le CSST, on m'a dit de préparer des questions ».

5) « Une après-midi chez la FA avant le séjour et ils m'ont paru sympa tout de suite ».

6) « Le premier contact avec la FA, c'était pas facile parce que je débarquais et c'était pas simple dans ma tête et pourtant, la FA était très sympa. Ca a évolué après ».

7) « Au début, je prenais encore mes médicaments donc je comatais beaucoup. Je me sentais coupable d'être là bas car tout mon passé m'est revenu à la figure. Je compulsais dans le ménage et les tâches ménagères ».

8) « Le premier contact avec la FA a été un peu froid mais la dame était sympa et le cadre, vraiment génial. J'avais beaucoup d'appréhension mais je voulais pas m'arrêter à ces appréhensions. J'ai mis 15 jours à me débloquer avec eux, avant de pouvoir vraiment leur parler ».

9) « Au début, quand je les ai vus, je pensais pas que ce serait aussi difficile de s'adapter à la FA ».

10) « J'étais content de voir la FA surtout que c'était à la montagne ».

3 Arrivée

- 1) « Mon psychologue référent m'a accompagné. Quelques règles de vie au début ».
- 2) « Je suis parti en train seul. J'étais assez inquiet car je ne les connaissais pas, mais ils m'ont très vite mis à l'aise. Le cadre était très agréable, une grande maison avec jardin et cheminées. Il s'agissait d'un petit hameau à 30 km de tout, sans boulangerie et sans café. Ils m'ont fixé des limites mais surtout le respect des personnes et de la vie privée. Il y avait un très bon climat de confiance, mais quand on vit en famille il est normal de faire attention à son vocabulaire, il faut savoir demander, s'habiller. En même temps les limites étaient réciproques, je n'aurais pas supporté de l'agressivité ou de recevoir des ordres ».
- 3) « Le premier contact plutôt bien, sauf qu'il ne pouvait pas aller en ville car il n'y avait pas de transport en dehors du véhicule du couple ».
- 4) « A chaque fois mon référent m'a accompagné ».
- 5) « Je les ai rencontrés 15 jours avant à l'hôpital et ensuite après la cure, ils sont venus me chercher. Au début, j'étais un peu timide ».
- 6) « Il y a une appréhension au départ : je me posais plein de questions ».
- 7) « Je suis arrivé vaseux. Après 15 jours, on n'y pense plus... Le changement se fait petit à petit tout seul, sans mettre la pression, assez vite ». « La relation de confiance s'établit bien, dès le début ».
- 8) « Il m'a fallu 15 jours d'adaptation, mais ils m'ont mis à l'aise dès le début ».
- 9) « Le 1^{er} mois « permet de mieux se connaître ».

4 Suivi/séjour

- 1) Il est en contact avec son psychologue référent par téléphone et une visite par mois dans la famille, cela était suffisant car les trois premiers mois il était complètement dans le brouillard, il vient juste de reprendre pied dans la réalité. Il se lève très tard et n'est pas opérationnel avant 15 h, il a besoin de récupérer, de plus il n'y a pas grand chose à faire, la première petite ville est à 30 km, il va en ville une fois par semaine pour réfléchir à un stage avec AS du secteur. Il ne partira que lorsqu'il ira mieux et qu'il aura un projet. Il va mieux depuis qu'il est là, il est loin des problèmes de sa famille, il prend de vrais repas et il apprend à prendre son temps.
- 2) Il avait des contacts hebdomadaires avec son référent qui lui a rendu visite 2 à 3 fois en 6 mois. Il allait à la ville toutes les semaines pour aller chercher sa méthadone, la famille l'accompagnait car les tickets de bus étaient trop chers. Il mangeait très bien, Il

est parti en vacances avec la famille, ou sinon il s'occupait en faisant du bricolage dans la maison, du jardinage, jouait avec les enfants. Après un mois, il a trouvé un travail à la ville, la famille l'accompagnait, il était gêné car les enfants se levaient plus tôt à cause de lui. Le centre Chimène lui donc a acheté une mobylette qu'il a remboursée.

- 3) « J'avais des contacts fréquents par téléphone avec mon référent et AS de Chimène. Pour mon cœur et pour la méthadone j'allais une fois par semaine en ville. Dans ce couple, un des partenaire n'était pas vraiment disposé à être FA. Donc dès qu'il rentrait de son travail l'ambiance changeait : je ne dînais pas avec eux si ils avait des amis... Je regardais la télévision car je n'étais pas en état de les aider (éleveurs de chiens), pour moi c'était surtout un séjour relais en attente d'un logement ».
- 4) « J'avais des contacts réguliers avec mon référent au téléphone, j'allais une fois par mois dans un hôpital parisien pour le suivi de mon sida et j'allais toutes les semaines à la ville la plus proche chercher la méthadone. Le premier séjour a duré 5 mois. Cela s'est très bien passé, il s'agissait d'un couple de personnes jeunes sans enfants travaillant tous les deux. Pour m'occuper, car c'était un habitat rural très isolé, je gérais la maison : ménage, repassage. Ils m'avaient bien prêté un vélo pour que je puisse me déplacer mais ce n'est pas mon truc. Les week-ends, on partait tous ensemble à la mer, et ils m'ont emmené en vacances...Le deuxième séjour était chez un couple d'homosexuels, dont l'un des partenaires n'était pas très agréable et pas très d'accord pour être FA. Le séjour a duré deux mois. Celui qui était à la maison était toujours sur mon dos. De plus nous vivions les tâches ménagères un peu en concurrence : quand je faisais quelque chose, il le refaisait immédiatement. Il y avait quelque chose de très ambigu et je n'étais pas à l'aise... Le troisième séjour était dans une famille avec trois enfants et plein d'animaux (chèvres). J'étais très bien logé (un studio) et j'étais traité comme un enfant de la famille. Le séjour a duré 1 mois ».
- 5) « Je travaillais aux champs, je faisais du bricolage mais c'était pas une obligation, c'est que j'aime pas rester sans rien faire. J'ai passé mon temps à repeindre et à ranger mais c'est moi, qui choisissait. Le soir, on faisait des jeux de société, on regardait la télé. Le week-end, on allait voir leur famille. Le soutien avec la psychologue au centre, c'était très important. Mais j'ai pas réussi à leur dire que pendant le séjour, la fa me faisait pas assez confiance. La famille me parlait quand ils voyaient que j'allais pas bien. C'était comme un grand frère et une grande soeur. Ils m'ont aidé aussi pour faire mes papiers et ils m'ont poussé dans mes projets, pour mon CAP. Une fois, il m'a même prêté sa voiture et son tracteur, ça m'a fait plaisir... Ils m'ont donné des règles de vie, éviter de faire du bruit, nettoyer sa chambre, faire la vaisselle. C'était normal, comme quand on va chez un copain. Je n'avais pas le droit d'amener d'alcool ou de fumer à l'intérieur. Ca m'a aidé à limiter l'alcool. Ce que j'aurais pas supporté, c'est qu'on m'empêche de sortir ou qu'on m'oblige à travailler le dimanche ».
- 6) « Comme je travaille la journée sur Troyes, je les vois juste le matin et le soir au moment des repas. Quand je rentre le soir, je les aide à cultiver, à donner à manger aux animaux. Le week-end, je les vois pas trop parce que je cours, je fais de la pêche et j'ai la télé dans ma chambre. Ils reçoivent beaucoup de gens chez eux alors je participe à leurs anniversaires, à leurs fêtes de famille. Je viens au centre xxx tous les

deux jours pour chercher la méthadone, une fois par semaine pour le psychologue et trois fois par semaine pour l'as. Je me sens soutenu moralement par le centre, et surtout, ils m'apprennent à gérer mon budget... La FA, je parle avec eux, ils me demandent comment ça va, la mère me remonte le moral quand ça va pas. Pour les règles de vie, ils m'ont dit d'arriver à l'heure pour manger, d'être souvent avec eux, de les aider un peu. Mais de toute façon, j'aime bien faire la cuisine, le ménage et la vaisselle. Ce que je n'aurais pas accepté, c'est qu'on m'empêche d'aller à la pêche ou que je ne puisse pas venir avec mon chien ».

- 7) « Je vois le psy au centre, il est vraiment différent, on peut parler avec lui. La journée, je travaille alors je vois pas la FA. Je reçois du soutien du centre, je peux venir parler avec le psy le samedi, j'aime bien discuter avec lui car j'en ai encore besoin. Je me sens pas prêt pour le moment... La FA me soutient aussi. Je leur ai vite parlé parce que j'étais à l'aise et qu'ils s'intéressaient à ma vie d'avant. Moi, je les mets au courant de ce que je fais en ce moment. Pour les règles de vie, la fa m'a juste demandé de participer à la vaisselle et d'être propre. On m'a donné des limites normales comme respecter la famille, participer aux tâches, respecter les lieux. Si on m'avait dit qu'il fallait que je rentre à 8 heures, j'aurais pas supporté ».
- 8) « Comme je travaille toute la journée, je les vois que le soir, je prends les repas avec eux. Les deux premiers mois, quand je travaillais pas, je l'aidais un peu, je bricolais. Je participe à la vie de famille ou aux repas avec leurs amis. Et puis je vois le psychologue une fois par semaine. Mais en dehors de ça, j'ai pas besoin de soutien. Je sais juste que je peux parler quand j'en ai besoin. J'attends rien de la fa de spécial non plus car comme je travaille, je n'ai pas besoin d'aide professionnelle. La seule chose que je voulais, c'était d'être éloigné... Les règles de vie, c'est se respecter les uns et les autres, participer à des tâches ménagères, on doit fumer seulement dans la cuisine. Il faut juste respecter le contrat posé au départ. J'étais prêt à accepter pas mal de choses parce que c'est moi qui ai voulu y aller. Et si c'est pour mon bien, je comprends, je suis prêt à me sacrifier. Et je me sens bien avec eux parce qu'ils ont confiance en moi ».
- 9) « Travail dans le jardin quatre heures par jour pour retrouver un rythme. RDV avec le CSST toutes les semaines pour bilan. Ils m'aidaient psychologiquement en me donnant de la chaleur et du sentiment. Pour les règles de vie, je ne devais pas prendre les enfants sur ma moto, ne pas fumer dans la maison et ne pas inciter les enfants à jouer aux jeux vidéos et ne pas parler de drogue devant les enfants. C'était acceptable, ce que j'aurais pas aimé qu'on m'impose, c'est d'adopter leur religion ».
- 10) « Je m'occupais dans leur camping, je restais pas sans rien faire. Et le week-end, je faisais des ballades avec eux, beaucoup de loisirs. La FA m'a donné beaucoup d'affection, d'amour et d'écoute. On a beaucoup rigolé et pleuré ensemble. J'ai eu du soutien du CSST aussi, il y avait un téléphone auquel je pouvais appeler et ils m'ont toujours aidé et écouté... Dans le protocole, il n'y avait pas de règles de vie particulières, seulement que je devais participer aux tâches familiales et ça me paraissait normal. Dans le deuxième protocole, comme j'avais fait une tentative de suicide la première fois, ils ont été plus durs, ils m'ont dit qu'il fallait que je travaille plus dans le camping pour m'occuper. Ce qui me semblait important, c'était qu'ils me

respectent et que je les respecte et qu'on ait chacun notre intimité. Ce que j'aurais pas accepté, c'est le manque de respect ou qu'on m'accuse de voler, mettre ma parole en doute, ça aurait été terrible pour moi ».

- 11) « La FA m'a dit d'aller un peu dehors et j'ai fait des activités à l'extérieur avec elle comme de ramasser du tilleul. Je me sentais coupable de lui imposer ma présence. C'était important qu'elle ait une attitude normale avec moi. Les règles de vie, c'était de fumer dehors, d'être là aux repas et de ne pas dormir tout le temps. Pour moi, ces règles, c'était bien parce que c'était nouveau. Ce qui était bien, c'était que chaque jour, je devais faire quelque chose, soit pour moi, soit pour la maison. C'est comme dans la vie, on ne fait pas ce qu'on veut ».
- 12) « Je les aidais à travailler, je faisais du parking en montagne et j'aimais bien faire ça avec lui. Je suis resté très indépendant, j'avais beaucoup de choses qui m'angoissaient mais je préférais pas me confier complètement à eux. Je parlais de certaines choses avec eux et d'autres choses avec le CSST. Avec le CSST, c'était sur les questions d'organisations, avec la FA, sur les choses de la vie. On se voyait à 3, 1 fois par semaine mais quand j'allais au CSST, je pouvais aussi leur parler de la FA et de mes problèmes. Les règles de vie, c'était de pas introduire d'alcool, d'être respectueux des autres, de participer à la vie de famille. Ça a été discuté, c'était un objectif, tout en sachant que je pouvais déraiser mais qu'il fallait en parler. Ça me paraissait évident qu'il y ait des limites comme le respect et l'intimité. Sur l'intimité, je me suis dit que si j'avais rencontré une fille pendant que j'étais en FA, ça aurait été compliqué. J'aurais jamais accepté de faire des choses qui me soient imposées, il fallait juste qu'on me les propose ».
- 13) « Je suis là depuis un mois. Je demande à la FA s'ils ont besoin d'un coup de main, au début, on y est allé en douceur. Maintenant, j'ai des horaires, je travaille 2 h le matin et 2 h l'après-midi. S'ils ont besoin de moi, je les aide, surtout pour l'entretien mais j'aimerais varier ensuite. Avec la FA, j'ai une relation agréable et le cadre est bien pour décompresser. Je vois leurs enfants de temps en temps... Sinon, je fais le point avec l'éducatrice une fois par semaine. Au début, ce qui est important c'est que je m'adapte. L'éduc m'aide pour mes problèmes administratifs et avec la FA, je peux parler de tout le reste avec eux, on parle de mon avenir et ils m'apportent des réponses parfois sans le savoir eux-mêmes. Pour les règles de vie, la FA m'a expliqué comment ils fonctionnaient, je participe juste pour débarrasser la table. Si je me comportais comme un pacha, je me sentirais pas à l'aise. Pour moi, ce qui est important, c'est de pas être là juste pour donner un coup de main, je suis là pour autre chose, pour moi. De mon côté, c'est important que je respecte la FA et leur famille proche ».
- 14) « Je suis resté juste pendant les fêtes, il y avait leur famille, j'ai été bien accueilli, ils ont été très tolérants mais je ne voulais pas rester plus longtemps parce que je viens du béton donc la montagne, ça aurait été dur. J'ai eu besoin de tout leur dire de ma vie et ils m'ont écouté, ça a été important pour moi... Pour les règles de vie, on m'avait dit pas de produits et pas d'alcool mais comme ils me l'ont dit avec souplesse. J'aurais tout accepté de toute façon ».
- 15) « Je prête la main à tout, c'est de mon propre chef, ça me plaît bien ».

- 16) « Je n'ai aucune obligation, si je n'ai pas envie de travailler, je travaille pas ; ça s'est jamais produit jusqu'à présent ».
- 17) « Je n'ai pas de pression. Je file un coup de main en fonction de ce qu'il y a à faire ».
- 18) « ça m'occupe, ça m'empêche de penser trop, ça me remet dans un circuit de vie normale ».
- 19) « J'ai peu de conversations avec la FA sur mes sentiments, mes sensations. J'en parle avec les éducateurs. Avec la famille, on parle de la vie de tous les jours ».
- 20) « Je me suis donné les moyens, je suis venu pour m'en sortir seul. Mais l'aide des éducateurs est un vrai plus ». « Ma peur de l'avenir a disparu ».
- 21) « Voir trop les éducateurs m'irait pas. Je les ai appelés 1 fois par téléphone pour dire des choses : ça m'a fait du bien de parler ».

Lorsque les enfants sont installés dans le quartier, les accueillis ont souvent de nombreux contacts avec eux et travaillent parfois autant avec les enfants qu'avec les parents.

Par rapport aux écrits jalonnant le séjour : « ça permet de laisser des traces », « ça permet surtout aux éducateurs d'analyser », « je n'ai pas de problème avec les écrits. Je les relis parfois ».

5. Préparation au départ/ Départ

- 1) En contact toutes les semaines avec AS du centre qui l'a mis en contact avec AS du secteur qu'il voit aussi toutes les semaines
- 2) « J'ai décidé de la date de mon départ, j'avais envie de garder des liens avec la famille, mais je ne l'ai pas fait ».
- 3) « J'ai interrompu mon séjour (1 mois au lieu de 2) car un jour ils ont refusé de m'accompagner en ville, j'y suis allé en stop, et à mon retour ils m'ont ramené à Paris »
- 4) « Mon premier séjour a été interrompu car la famille prenait un mois de vacances à l'étranger, mais cela était prévu. Mon deuxième séjour a été interrompu brutalement à quatre jours des fêtes de fin d'année, car la famille de celui qui était hostile au projet venait pour Noël. Il avait été prévu d'interrompre mon troisième séjour dès que j'aurais une place en appartement thérapeutique. C'est ce qui est arrivé après un mois ».
- 5) « La fin du séjour a été brutale parce qu'ils ont eu un décès dans leur famille et je sentais que je n'avais plus besoin d'eux ».

- 6) « Pendant la préparation à la FA, on m'avait mis dans un foyer et je voulais surtout pas y retourner alors ils ont pensé que continuer à venir tous les week-end dans la FA pendant 4 mois, ça pouvait être bien pour moi et ils m'ont trouvé un appartement thérapeutique pour la semaine ».
- 7) « A la fin du séjour, je me sentais pas prêt pour me lancer dans une vie tout seul mais en même temps, j'étais très pressé de partir, il fallait que ça avance. je savais que me retrouver tout seul, ça allait être un problème mais je me disais que plus vite ça serait, plus vite, je m'habituerai ».
- 8) « Le séjour s'est bien terminé, il a duré trois jours mais je sais pas si j'aurais continué car je n'aurais pas supporté la montagne tout le temps ».

Certains accueillis parlent peu de leur départ : « ça va se mettre en place tout doucement ». L'après-séjour se prépare avec les éducateurs.

Après le départ

- 1) « Je les vois encore très régulièrement aujourd'hui. J'ai même prévu d'aller camper chez eux avec mes enfants cet été ».
- 2) « On se contacte encore par téléphone, mais je pense que je vais aller les voir parce que ce serait bien de voir la différence entre pendant le séjour et maintenant ».
- 3) « Je n'ai pas gardé de contact avec la FA mais je donne de leurs nouvelles à l'éduc ».

6. Situations particulières

Crise

Aucune des personnes rencontrées ne décrit de “crise grave”, pourtant comme pour les FA on note une nette discordance entre la description de la réalité quotidienne et le vécu (rupture prématurée de séjour, hospitalisation en catastrophe...)

Insertion

- 1) « Ils m'ont donné des adresses pour la formation ».
- 2) « Au niveau emploi, ils m'ont pas aidé. Le CSST m'a aidé que pour l'appartement, pour l'emploi, ils m'ont envoyé vers une autre association ».
- 3) « C'est le CSST qui m'aidait dans mes démarches mais la FA me conseillait. Mais les projets venaient de moi ».

4) « Pour l'insertion, j'attends pas de soutien particulier, c'est à moi, de régler mes problèmes ».

Contact avec la famille d'origine

1) « Aucun contact avec ma famille ».

2) « Mes frères sont venus me voir ».

3) « Il me reste que mes frères, je n'ai pas eu de contact avec eux pendant mon séjour ».

4) « Je n'ai plus de famille ».

Interaction avec la famille et l'environnement

1) « Leurs amis me posaient pas de questions sur mon passé, quand je suis arrivé dans la FA, ils m'ont dit de laisser de côté mon étiquette de toxicomane et ils m'ont aidé à le faire ».

2) « Avec leurs amis, ça se passait bien mais j'avais peur qu'ils me posent des questions sur mon passé. Ils ne l'ont jamais fait, je n'en ai parlé qu'une fois mais c'est parce que j'en ai parlé de moi-même ».

3) « C'est important que leur entourage soit pas au courant de la raison pour laquelle je suis là, que ça reste confidentiel car sinon, j'aurais une étiquette et ce serait encore plus dur ».

Gestion des traitements et produits

1) « Au début, j'avais envie de consommer des produits mais pour arrêter d'y penser, je m'occupais. J'avais un traitement pour les nerfs et c'est eux qui me le donnaient ».

2) « J'ai jamais eu envie de consommer des produits ici. Il y a pas d'alcool en fa, même pendant les repas, c'est interdit. Pour ma méthadone, je suis autonome, je viens la chercher au centre ».

3) « Pendant mon premier séjour, il y a eu des différends au sujet de la participation pour mettre la table et débarrasser. Et puis, je buvais beaucoup trop. Mais je ne fais plus les mêmes erreurs pour mon deuxième séjour. Sur les produits, j'ai jamais rien consommé en fa parce que je n'ai pas de relations basées sur ça, c'est plus calme à Troyes. Et puis dans la fa, j'ai le droit de boire de l'alcool mais avec modération. Mais y a une règle à respecter là dessus, il faut pas arriver bourré dans la FA. J'ai mon frère qui est venu manger dans la FA ».

- 4) « Je suis sous méthadone depuis quatre mois mais c'est moi qui le gère toute la semaine. Je le gère tout seul parce que ça se passe bien. Ma mère connaît la FA parce que j'ai toujours des contacts avec elle, je mange chez elle le midi, elle voulait savoir où je vivais ».
- 5) « Pour la méthadone, j'étais autonome parce que j'en avais discuté avec la FA. J'ai consommé de la drogue en rentrant sur Grenoble un week-end car je savais pas que j'avais pas le droit de consommer du tout, je croyais que c'était juste interdit dans la famille. Pour les produits, je leur en ai parlé et ça les a énervés mais j'avais pas bien compris le protocole donc il faudrait être plus clair dans le protocole parce que c'est un peu ambigu ».
- 6) « Je continuais à consommer du hasch mais c'était une forme de test pour moi. Et après, j'ai arrêté parce que je savais que si je fumais avant de retourner chez elle, j'allais me sentir mal. Mais au début, c'est angoissant de penser qu'on va passer toutes nos journées sans fumer ».
- 7) « J'ai eu envie de consommer des produits mais je l'ai pas fait. J'ai eu envie à des moments où je me sentais seul et où j'étais dans le doute ».
- 8) « J'étais allé dans une FA en Vendée et ça s'est mal passé. Ils étaient bouddhistes et ils fumaient du shitt et ils se rendaient pas compte que ça pouvait me gêner. Les FA sont libres de vivre ce qu'ils veulent mais il faut qu'ils aient le choix. L'alcool aussi, ça peut être important. Ca m'a gêné une ou deux fois que ma FA actuelle boive à table. Moi, je ne buvais pas à table avec eux, je me l'étais interdit ».
- 9) « Je gère ma méthadone, je vais la prendre à la pharmacie du village et je vois un médecin sur place. C'était pas facile au début mais le CSST a arrangé les choses ».
- 10) « Je n'ai jamais consommé ici mais je pense aux produits quand je m'ennuie et je me dis que là, le soutien affectif pourrait m'aider ».
- 11)« J'ai arrêté de prendre le traitement de l' HP de moi-même et je ne prends plus rien ».
- 12)« C'est la famille qui gérait la méthadone, on la mettait en hauteur à cause des enfants... ».
- 13)« J'étais trop fatigué et c'est le couple qui gérait mon traitement pour le cœur et la méthadone ».
- 14)« J'ai géré moi-même mes traitements, car j'en ai beaucoup et j'ai l'habitude, mais ils m'ont parfois accompagné à l'hôpital ».
- 15)N'a touché aucun produit chez la famille. « Au départ 1 ou 2 "extra" par mois et plus après six mois: j'ai arrêté les extras. De plus la consommation de méthadone est passée de 95 à 20 mg ».
- 16)« Lors de mon premier séjour, j'ai utilisé une fois de la cocaïne, on en a parlé avec la famille et avec mon référent ».

Alcool

Pour tous les usagers que nous avons rencontrés, les règles étaient les mêmes : ne jamais boire seul, l'alcool est un plaisir partagé.

- 1) « J'ai des problèmes importants avec l'alcool et pendant mon dernier séjour on a cherché un appartement thérapeutique proche d'une association d'aide aux alcooliques ».

Tabac

- 1) « Je vais fumer dehors mais eux aussi ».
- 2) « Ils étaient fumeurs, donc aucun problème ».

Situations difficiles

- 1) « Au moment des fêtes de Noël, ça a été difficile, j'ai fait une tentative de suicide chez eux, j'ai été hospitalisé et ils m'ont beaucoup soutenu à ce moment là. Ca a été très difficile pour eux et pour moi ».
- 2) « Ce que je trouve aberrant, c'est de pas pouvoir voir mon amie ici en FA, à la place, on me fait prendre le risque de retourner sur Grenoble alors que c'est dangereux pour moi de retourner en ville ».

Situation des accueillis après le séjour

- 1) Accueilli en fin de séjour : il s'est déclaré globalement satisfait du séjour mais est parti de lui-même pour un manque de confiance. Concernant son évolution, il était polytoxicomane, SDF, sans emploi avant son séjour et après le séjour, il est sevré, a trouvé un appartement, vit en couple, et a un projet de formation.
- 2) Il est toujours en famille d'accueil et pense y rester jusqu'à réussir un projet d'insertion professionnelle et sociale.
- 3) Il vient de sortir de prison où il a été incarcéré deux mois pour violence sur agent. Il est toujours suivi par le centre avec une dose faible de Méthadone. Il est toujours avec l'amie qu'il a rencontrée en quittant la FA et son employeur l'a repris malgré son séjour en détention. Malgré une trajectoire encore un peu chaotique, il pense avoir fait un long chemin dans le bon sens.
- 4) Après le départ, il est resté un an dans un hôtel. Il a été hospitalisé fréquemment (épisodes d'ascite d'origine cardiaque) et il vit seul maintenant dans un meublé. Il est toujours pris en charge par le centre et en attente d'une greffe. Il n'a pas gardé de contact avec le couple qui l'a accueilli car il se sentait un peu dégoûté. Pendant son

séjour il apprécié le fait de se sentir une personne à part entière. Mais comment vivre une nouvelle rupture ? Il aurait aimé que cela se passe bien, il y a une répétition douloureuse car échec de l'accueil dans l'enfance. En fait il a accepté de partir en FA pour quitter le milieu de la toxicomanie. C'est un peu comme la prison sauf que l'on choisi de partir. Le choc culturel est important au début : le silence la verdure ; après on commence à manquer d'activité.

- 5) Il est toujours suivi par le centre. Après son installation dans un appartement thérapeutique, il a sombré dans l'alcool et bénéficie actuellement d'une cure de sevrage alcoolique en hospitalisation. Il a gardé des contacts avec deux des trois familles d'accueil.

Stages de sport à dépassement

- 1) « C'est des choses comme ça qui font qu'on arrive à décrocher ».
- 2) « ça montre qu'on peut se taper des frayeurs sans trait de coke ».
- 3) « ça m'a donné plus de confiance en moi ».

Aspect financier

Pas vraiment de problème pour ceux qui ont un travail, mais un peu juste pour les autres notamment car les transports en campagne sont très chers.

7. Appréciation du dispositif et avenir

Intérêt du dispositif

1) « La FA, ça permet de bloquer la drogue, d'avoir de nouveaux contacts sociaux. Avant, j'étais complètement renfermé sur moi-même. Alors que là bas en FA, j'ai passé de très bons moments, je sortais à la campagne, j'étais bien.

Ca m'a permis de devenir plus patient. La FA, ils ont su me redonner de la motivation et de la confiance en moi, ils m'ont fait travailler là-dessus. Avant, j'étais une loque ».

2) « Je sais pas ce que j'attendais de la FA, je voulais me refaire une santé. Ca m'a permis de reprendre les liens avec mes enfants. La FA m'a permis de poser mes affaires. Ils m'ont aidé à sortir dehors parce que j'y arrivais pas ».

3) « Avec la FA, je me suis rendue compte que mon problème, c'était pas le shitt mais le manque de confiance en moi. J'accepte mieux les choses, je les relativise. Ca m'a permis de voir que la réalité n'était pas si rose, que la FA n'était pas la famille idéale. Je me sens plus capable de vivre avec les autres. J'ai pris conscience que la perfection n'existe pas.

J'ai vu que je pouvais faire autre chose que consommer. On banalise la consommation de hasch mais pour des personnes un peu fragiles, ça peut aussi être dangereux. Avoir envie d'aller en FA, ça a été un sursaut de vie pour moi.

La personne qui va en FA doit savoir que c'est pas les vacances car elle va se retrouver seule face à elle-même et que c'est un gros coup de pied dans les fesses ».

4) « J'ai un copain qui fume tout le temps du shitt et qui prend du xanax et je lui ai conseillé la FA. Je veux pas lui faire la morale quand tu y vois plus clair, ça fait du mal de voir les gens continuer à se défoncer ».

5) « Ce qui est bien, c'est la régularité, la vie de tous les jours, les repas, être régulier dans ses activités. En FA, j'ai appris à vivre sans produit et maintenant, je vois mieux comment je suis et comme la vie est.

Le choix de la FA, c'est très important car si ça ne m'avait pas convenu, je n'aurais pas osé le dire et ça aurait été dur. C'est important d'avoir le choix. C'est dommage qu'il y ait des listes d'attente car pendant ce temps, les gens peuvent changer d'avis et rester à se défoncer ».

6) « Ce qui est important pour moi, c'est de ne pas perdre mon temps et que la FA me conforte dans ma voie. Je trouve ça bien la FA mais il faut bien prévenir les gens que c'est pas évident de s'adapter, on se sent étranger et ça prend du temps. Je le conseillerais à des gens matures en raison du respect à avoir, il faut être équilibré avant d'aller en FA. Grâce à la FA, je vois que je m'assagis et que je m'emporte pas pour rien, je me maîtrise, je suis content de ce changement.

Dans le protocole, j'aimerais qu'on prenne plus en compte le côté affectif et qu'on m'autorise à voir mon amie pendant mon séjour en FA ».

7) « J'attendais quelque chose de précis de la FA, qu'ils m'ont donné, c'est une deuxième chance, en 3 jours, ça a fait comme en 3 ans. Je conseillerais les FA à d'autres car ça donne des repères pour la vie mais il faut que ça vienne du coeur.

Ce qui a changé pour moi, c'est que si je veux faire une famille, je saurai ce que ça veut dire. J'ai rencontré des gens simples qui arrivaient à être eux-mêmes.

La FA, c'est un bon système mais c'est pas assez connu car quand on entend FA, on pense à pupille de la nation. La FA, ils devraient en mettre en ville, car ça permet de ne plus penser à la toxicomanie. Plus tard, j'aimerais devenir FA moi aussi ».

8) « Les FA c'est bien pour les personnes réservées, qui n'aiment pas vivre en collectivité, qui ont du mal à s'adapter en société. Cela permet de progresser car on échange des points de vue, il faut du temps donc des séjours de plus de 3 mois ».

9) Cela permet d'avoir une autre vision de la vie, c'était la première fois qu'il quittait sa ville.

10) « Plaisir d'être en famille bien être en paix ».

- 11) « Plaisir de penser qu'il y a des gens qui m'aiment un peu et qui ont confiance en moi ».
- 12) « Le séjour permet de découvrir une autre famille que la sienne, donc de porter un autre regard sur sa famille. Quand je suis rentré j'étais plus calme, plus ouvert ».
- 13) « Cela m'a permis de diminuer le nombre d'extras ».
- 14) « Permet de souffler un peu ».
- 15) « Mais il faut être motivé pour partir en FA, car séjour à la campagne très isolé de tout. Pour moi le choc culturel a été très intense et positif, mais il n'est pas certain que cela marche pour tout le monde ».
- 16) « Il faut être très clair avec les familles, avoir la possibilité de dire les choses tout de suite ».
- 17) « Contact, possibilité de s'extérioriser, permet de retrouver la confiance »,
- 18) « vie posée, repas équilibrés, réapprendre à dormir, repères ».
- 19) « l'accueil en FA permet de couper tous les liens avec le milieu d'origine, il y a un vrai changement d'atmosphère, de vie ».
- 20) « S'apercevoir qu'il y a toujours des personnes là pour vous aider, pour comprendre votre détresse ».
- 21) « Ils sont toujours là quand ça va pas, c'est un soutien très fort ». « Grosse relation de confiance que j'ai sentie dès le début et qui grandit avec le temps »

Comparaison post-cure/famille d'accueil

1) « Pour moi, ça a été plus bénéfique que la post-cure. Parce qu'en post-cure, on était entre toxicomanes et on parlait que de ça alors qu'en FA, on sort de ce milieu. En FA, on parlait peu de mon passé, on m'a bien fait comprendre que mon étiquette, je ne l'avais plus.

Avec la FA, je n'ai plus la dépendance dans ma tête. En post-cure, j'arrêtais pas de penser aux produits. En fa, on m'avait dit que c'était interdit et ça faisait partie du respect pour eux de pas consommer ».

2) « Il y a une grosse différence entre post-cure et FA, en post-cure, on se sent trop entouré, en FA, on est rassuré d'être avec des gens mais on a des relations moins fortes, c'est pas comme des copains, c'est plus distant et ça me manquait. En post-cure, je courrais tout le temps et ça me permettait d'évacuer mes angoisses. En FA, j'avais appris la régularité dans les horaires et j'ai pu continuer en FA. On peut parler dans les deux, le dialogue, c'est important. Mais en FA, au niveau du travail, on est pas obligé de se lever trop tôt. Les rapports humains, c'est ce qui est le plus important. En post-cure, on peut parler de ce qu'on veut quand on veut, en FA, je gardais des choses pour moi. Mais l'intérêt de la FA, c'est que c'est des rapports hors toxicomanie, c'est apprendre à

s'intéresser aux autres et à parler d'autre chose que de la toxicomanie. Le mieux, c'est de faire post-cure, FA et appartement thérapeutique. J'ai deux copains qui après la post-cure n'ont pas fait de FA et ça a été plus dur pour lui. En post-cure, on n'est pas assez informés sur les FA, on en parle juste entre nous, c'est pas les professionnels qui nous en parlent ».

3) « Il y a 10 ans, j'étais allé en post-cure mais on était trop entre nous et toutes les discussions étaient centrées sur la toxicomanie ».

Ils sont tous d'accord (famille, centre et usager) pour souligner :

- L'importance d'une prise en charge personnalisée
- Le rôle "renarcissant" du séjour en FA.
- Le fait important pour l'accueilli de ne plus être associé à d'autres toxicomanes, de ne plus être regardé que par des professionnels de la toxicomanie

Tous les accueillis conseilleraient l'accueil en famille, avec des petites nuances :

- un conseillerait si l'état d'esprit est bon,
- un conseillerait aux personnes supportant d'être seules,
- à des personnes sûres de vouloir arrêter et être coupées du milieu.

Tous soulignent l'avantage d'être seul :

- 1) « Pour moi, c'est beaucoup mieux que les structures, j'ai été très déçu par les structures. Ici, il n'y a pas de tentation, pas de conflit... L'accueilli est tout seul ».
- 2) « Pour moi, c'est ce qu'il y a de mieux : je suis tout seul, confronté à mes états d'âme. Il n'y a pas de discussion omniprésente par rapport à la drogue ».
- 3) « Les sorties y font beaucoup : sortir, s'amuser sans se droguer... ».
- 4) « Pas d'effet de groupe. En groupe, il y a toujours des problèmes de drogues ».
- 5) « Il n'y a pas de sujet tabou dans les FA, même si on n'a pas forcément les mêmes idées ».

Evolution

- Il faudrait que les familles aient des connaissances sur les réseaux associatifs de leur région.
- Il faut des familles solidaires et unies. Le choix d'être FA doit être un choix de tous les membres de la famille, sinon cela retombe sur l'usager, on n'est pas accueilli avec confiance, ils ont peurs des vols.
- Il faut un meilleur encadrement des familles

8. Remarques

1) « Là bas, j'avais une vie saine, sans produits, je faisais du sport. J'ai repris contact avec ma famille quand j'étais en FA, maintenant, ils me font confiance et je les revoie.

Je conseillerai les FA pour les personnes qui sont complètement perdues. Aller à la campagne, ça aide à faire le point. On apprend à se lever le matin, à bricoler, on change ses fréquentations, on reprend le goût à la vie, le goût de déjeuner le matin. Et après, j'ai gardé ces habitudes, de me lever le matin et de déjeuner, ça aide pour le travail et ça m'a permis de prendre du poids.

La fa, ça m'a permis d'avoir confiance en moi et d'arrêter d'avoir envie de me suicider. J'ai réappris le goût de la nourriture, la volonté de ne pas baisser les bras. Ça m'a permis de m'occuper de moi, de prendre soin de moi, maintenant je vais chez le médecin et chez le coiffeur. La fa m'a permis de débloquent des choses, d'avoir des projets.

Mais les contrats avec la FA devraient être plus longs, de trois mois plutôt que de un mois et il faudrait des séjours plus longs surtout pour les ud qui ont beaucoup d'années de toxicomanie ».

2) « La FA, j'attends d'elle qu'elle me permette de faire des économies, que ça m'évite de trop sortir ; et du CSST, j'attends qu'ils me trouvent un logement. Depuis que je suis en fa, ça se passe mieux avec ma famille, je les vois tous les week-end mais ils n'ont pas le droit de venir me voir là bas, c'est interdit. Mon moral a changé, je déprime moins parce que je suis en famille et que je mange régulièrement. J'ai pris 15 kilos depuis que je suis là bas. Avec la came, je mangeais pas. J'ai du plaisir à me lever le matin. J'arrive plus à me concentrer, avant je me foutais de tout. Et dans mes relations, je suis plus ouvert, plus gentil et moins lunatique. Je suis content d'avoir changé mais maintenant, j'aimerais arriver à arrêter de fumer.

Ce qui est bien ici, c'est que je ne donne aucune participation financière

Je conseillerai les FA aux ud plutôt jeunes, à ceux qui ont des problèmes de famille, d'argent, de déprime et surtout qui ont envie de s'en sortir. Le principal point positif, c'est que ça permet de faire des économies et d'avoir un contact avec une famille ».

3) « Ce qui m'a plu dans la FA, c'est l'indépendance, on n'a pas d'heures fixées pour rentrer. Alors que dans les post-cures, c'est trop dur.

Les FA, je les ai déjà conseillées à des ud parce qu'après le sevrage, les gens savent pas trop quoi faire. Ça peut plaire mais ça dépend de la personnalité des gens puisqu'il y en a qui préfèrent être en collectif.

La FA, ça m'a aidé professionnellement mais surtout grâce à ALT. Sinon, ça m'a changé parce qu'avant j'étais très agressif et j'étais sur mon nuage. Même au niveau physique, ça a changé avec les médicaments, j'ai pris du poids. Dans mes relations avec les gens, ça a

changé aussi. Ici personne ne sait que je suis toxicomane. Je mange avec des gens chez eux, et je sens qu'ils m'aiment bien et moi, aussi ».

4) « Depuis que je suis en FA, j'ai changé sur le problème que j'avais parce que je ne consomme plus de produits. L'alcool, je n'ai le droit d'en consommer que pendant les repas. Mon équilibre a changé aussi parce que je me lève le matin. Et je suis beaucoup plus ouvert qu'avant... Les FA, je le conseillerai mais il faut vraiment être volontaire ».

OFDT

Observatoire français des drogues et des toxicomanies

105 rue La Fayette

75010 Paris

Tél : 01 53 20 16 16

Fax : 01 53 20 16 00

e-mail : ofdt@ofdt.fr

Site web : www.drogues.gouv.fr

CEMKA-EVAL

43, Bd du Maréchal Joffre

F-92340 Bourg-la-Reine

Tél : 01 40 91 30 30

Fax : 01 40 91 30 31

e-mail : cemka@cemka.fr

GSP Conseil

14 Villa Bel-Air

75012 Paris

Tél : 01 40 04 94 99

Fax : 01 44 75 06 90

ISBN : 2-11-092707-0