



**Institut d'anthropologie clinique**

29 chemin des Côtes de Pech David 31400 Toulouse

Tél-Fax 05 62 17 20 86 – iac@i-ac.fr – www.i-ac.fr

**ANTHROPOLOGIE CLINIQUE  
ET ACCUEIL FAMILIAL**

## **GREPFA FRANCE**

**9<sup>èmes</sup> Journées de formation – Lille, 3 et 4 juin 2010**

## **SERGE ESCOTS**

***EN ROUTE POUR L'AUTONOMIE : L'ACCUEIL FAMILIAL***

***DES « TOXICOMANES » ENTRE SOIN ET INSERTION***

## **Thérapeutique et social, l'accueil familial des toxicomanes : l'ornithorynque**

Le partage des territoires institutionnels recoupe-t-il toujours la réalité des besoins des bénéficiaires de l'accueil familial ? L'écoute des acteurs de terrain suffit à se convaincre que ce n'est pas toujours le cas. Dès lors, il revient aux acteurs d'inventer les circulations et les articulations susceptibles de mettre à disposition les réponses thérapeutiques et sociales nécessaires. Si en théorie ce schéma fonctionne, des réalités institutionnelles inscrites dans de multiples dimensions limitent sa réalisation dans les pratiques.

Au compte de ces multiples dimensions, notons l'organisation administrative des secteurs sanitaires et sociaux, les métiers et formations des acteurs qui les composent, ainsi que les finalités, les conceptions, les méthodes, qui structurent les pratiques. À l'arrière-plan de ces réalités, se trouvent les discours du soin et de l'aide sociale, déterminés par des agencements sémantiques spécifiques, historiquement et politiquement datés.

Ainsi, les notions de « soin », de « thérapeutique », « d'intégration », de « socialisation » d'« insertion », de « réhabilitation », ne sont pas sans histoires sociale et institutionnelle, dans les rapports étroits qu'elles entretiennent avec l'accueil familial social ou thérapeutique.

Avec ses composantes sociales et thérapeutiques, l'histoire de l'accueil familial des toxicomanes en France est un exemple didactique pertinent pour se repérer dans le mélange conceptuel qui s'opère à la croisée des discours du soin et du travail social.

L'analyse des textes qui encadrent ce dispositif, dans la mise en perspective de fragments de discours qui de diverses manières en rendent compte, permet de mieux comprendre l'articulation de ces deux champs traversant de l'accueil familial : social et thérapeutique.

## **L'accueil familial des toxicomanes en France**

Il n'est pas facile de trouver des chiffres récents et officiels concernant l'accueil familial des usagers de drogue en France. La seule étude disponible est celle publiée en 2001 par l'OFDT<sup>1</sup>. Cette évaluation du dispositif au tournant des années 2000 est une base pour se repérer sur la situation actuelle. On estimait ces dernières années que moins de 240 familles d'accueil réparties dans un peu plus d'une vingtaine de réseaux, accueillent des

---

<sup>1</sup> Duburcq A., Soria J., Ahouanto M., Pechevis M., *Evaluation du dispositif « familles d'accueil pour toxicomanes »*, OFDT, juillet 2001.

usagers de drogues en France, dans le cadre du dispositif de soins spécialisés en addictologie. Ces chiffres sont probablement en baisse actuellement.

L'accueil familial des toxicomanes est apparu en France dans le sillage de la loi de 1970 qui, en instituant le statut de délinquant et de malade pour les usagers de drogues, permit la création d'un dispositif de soin. Au milieu des années soixante-dix, les premières familles d'accueil débutèrent ce type de prise en charge. Et en 1977, un premier arrêté fixa « le règlement intérieur type du placement familial ou communautaire des centres de traitement pour toxicomanes »<sup>2</sup>. Depuis, peu d'évolution dans les textes et les dispositifs. Dix ans plus tard, une circulaire du 4 décembre 1987, « relative aux familles d'accueil en toxicomanie » réaffirmera la dimension thérapeutique du dispositif. Enfin, en 1993, à la veille du basculement du dispositif de soin français dans le paradigme des traitements de substitution (Coppel 2002)<sup>3</sup>, un nouvel arrêté fera la synthèse des deux textes précédents, mais en inscrivant clairement la dimension de réinsertion sociale que doit recouvrir l'accueil familial des toxicomanes. C'est sur ce dernier texte officiel que repose actuellement le dispositif des FAT (familles d'accueil pour toxicomanes).

D'emblée le décor est posé. En 3 textes, l'ambivalence de l'accueil familial des toxicomanes est inscrite dans une trajectoire à la fois historique, politique et institutionnelle.

Ainsi, l'évaluation de l'OFDT note que « les représentantes de la DGS<sup>4</sup> et la MILDT<sup>5</sup> 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. »<sup>6</sup>

Toute l'ambiguïté des FAT s'exprime ici, au travers des tensions qui naissent du fait des différentes attentes que les acteurs nourrissent quant aux finalités que doit poursuivre l'accueil familial des toxicomanes, envisagé à l'intérieur du dispositif de soins spécialisés aux addictions. Famille d'accueil thérapeutique ou pour favoriser la réinsertion sociale des usagers de drogues ? Telle est la question.

## Des textes pour se repérer sur la logique du sens

Nous proposons dans ce travail de reprendre ces trois textes instituant l'accueil familial des toxicomanes pour les soumettre à une analyse non exhaustive qui s'inspire de la sémantique structurale<sup>7</sup>. Il s'agira en comparant ces textes dans l'évolution du dispositif qu'ils dessinent, d'en éclairer les variations par une mise en perspective de fragments de discours produits dans le champ de cette pratique sociale. Et ce, afin d'en dégager les structures narratives qui en organisent les discours.

Les fragments de textes utilisés sont choisis dans un souci de diversité et de pertinence à partir de plusieurs sources. Le cadre de cet article ne permettant pas une analyse large et approfondie des textes du champ de cette pratique, nous procéderons en utilisant des sources de niveaux différents. Ainsi, en plus des textes officiels que sont les arrêtés et circulaires, nous utiliserons des actes de colloques, articles parus dans des revues spécialisées, annonces de réseaux, extraits d'interviews d'intervenants, de familles

<sup>2</sup> Arrêté du 20 décembre 1977 fixant le règlement intérieur type du placement familial ou communautaire des centres de traitement pour toxicomanes. Ministre de la santé et de la sécurité sociale, non paru au journal officiel.

<sup>3</sup> Coppel A. *Peut-on civiliser les drogues*, La découverte, 2002.

<sup>4</sup> Direction Générale de la Santé

<sup>5</sup> Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

<sup>6</sup> OFDT, op cit., p. 14.

<sup>7</sup> Greimas A.J., *Sémantique structurale*, PUF, 2007 (« 3<sup>ème</sup> éditions »)

d'accueil et d'anciens accueillis. À partir de ce matériel textuel qui mériterait un élargissement dans le cadre d'une étude plus approfondie, notre démarche se propose en suivant le fil de la forme signifiante de clarifier le niveau des significations sous-jacentes pour comprendre comment thérapeutique et social s'épousent et se rejettent au sein de cette pratique.

## Les trois textes cadres

L'esprit et les pratiques de l'accueil familial des toxicomanes sont balisés par différents textes officiels. Au-delà des cadres administratifs qui encadrent de manières générales, les services et établissements spécialisés de soins en addictologie, une circulaire et deux arrêtés tous trois non parus au journal officiel concernent de façon spécifique l'accueil familial.

En droit français, une circulaire est un texte destiné aux membres d'un service, d'une entreprise, ou d'une administration. Pour la fonction publique, il s'agit d'un texte émanant d'un ministère qui est destiné à donner une interprétation d'une loi ou d'un règlement (décret, arrêté), afin d'harmoniser son application sur l'ensemble du territoire. L'arrêté est une décision d'une autorité administrative. À la différence de la circulaire, ce n'est plus un commentaire ou une recommandation, mais un texte réglementaire qui vaut pour application. D'ailleurs, si la circulaire est un texte administratif rédigé de façon plus « littéraire » et organisé en chapitre, l'arrêté se compose d'une série d'articles écrits dans une forme juridique.

Le premier, l'arrêté du 20 décembre 1977, « *fixant le règlement intérieur du placement familial ou communautaire des centres de traitement pour toxicomanes* », émane du ministre de la santé et de la sécurité sociale. Au moment où cette circulaire paraît, peu de dispositifs sont concernés. En 1980, il existe seulement 6 structures de soins spécialisés qui pratiquent l'accueil familial<sup>8</sup>.

La dénomination « placement familial », est intéressante car il s'agit d'un terme qui sera peu utilisé dans le champ de la toxicomanie. En revanche, c'est celui que l'on rencontre de façon fréquente à cette époque aussi bien pour désigner les dispositifs d'accueil d'enfants<sup>9</sup> que d'adultes<sup>10</sup>. « Placement familial » est le terme dont l'occurrence est la plus fréquente dans les discours pour désigner un dispositif sanitaire ou social qui utilise une famille d'accueil. Cet emprunt initial par la langue officielle signe l'absence d'identité propre au dispositif naissant. Le terme sera abandonné dans les deux autres textes, lorsque l'identité de l'accueil familial des toxicomanes deviendra plus affirmée.

Cette affirmation identitaire va se concrétiser dans la circulaire de 1987<sup>11</sup>. En effet, dans ce texte de la Direction Générale de la Santé qui affirme dès la première phrase sa volonté politique de « *développement de la prise en charge des toxicomanes par le système des familles d'accueil* », se trouve articulée une rhétorique thérapeutique. Du point de vue de la politique publique, il s'agit d'« *augmenter le nombre de familles d'accueil* » et de « *diversifier les réseaux sur l'ensemble du territoire* ». Car la DGS souhaite que ce dispositif soit « *appelé à devenir, à côté d'autres institutions, une modalité importante de la prise en charge des toxicomanes* ».

Mais, cette volonté politique s'accompagne d'une nécessité de « *préciser les caractéristiques, les objectifs et le fonctionnement de ce dispositif particulier* ». C'est dans ce travail d'explication que la rhétorique du soin va trouver à s'imposer. Le texte se

<sup>8</sup> OFDT, op cit., p. 21.

<sup>9</sup> David M., *Le placement familial, de la pratique à la théorie*, Dunod, 2004, (5<sup>ème</sup> édition).

<sup>10</sup> Cébula J.C., *L'accueil familial des adultes*, Dunod, 1999.

<sup>11</sup> Circulaire DGS/1555/2D du 4 décembre 1987 relative aux familles d'accueil en toxicomanie.

subdivise en sept points thématiques qui actualiseront cette orientation thérapeutique. Il est intéressant de s'attarder sur la matière textuelle de ces chapitres et des énoncés qui actualisent la rhétorique du soin.

Le premier chapitre concerne les « bases administratives » de la circulaire qui, après avoir ancré celle-ci dans les textes réglementaires qui appartiennent tous au champ sanitaire et de la santé publique, a pour unique fonction d'étendre le champ de l'arrêté de 1977 à l'ensemble des toxicomanes : volontaire ou non pour les soins. Rappelons que l'article 2 de l'arrêté de 1977 stipule : « *le toxicomane ne doit pas se trouver dans une phase de dépendance physique et il doit désirer ce mode de placement* ». Alors que la circulaire de 1987 précise dans la dernière phrase du chapitre I, qu'elle entend mettre l'accueil familial à disposition de tous les toxicomanes qui s'adressent à un centre de soins : « *qu'ils soient sous astreinte de soins, sous injonction thérapeutique, signalés à l'autorité sanitaire, ou qu'ils soient spontanément demandeurs de soins.* »

Ce point mérite un peu d'attention car il est contradictoire avec l'ensemble du sens de cette circulaire qui ne cesse d'en référer aux soins sur un mode psychothérapeutique. D'ailleurs, l'arrêté de 1993 reviendra clairement sur ce point en affirmant dans son article 3 : « *Il doit être volontaire et ne plus se trouver dans une phase de dépendance* ». Stricte parallèle à 1977 avec une inversion de proposition qui place la volonté de la personne au premier plan de l'énoncé.

Dans l'arrêté de 1977 l'objectif du placement familial fait l'objet de deux phrases, en tout et pour tout, réparties dans les deux premiers articles :

Art 1 : « *(le placement familial) a pour but de permettre la poursuite du traitement des toxicomanes dans un milieu qui leur donne la possibilité d'accéder à leur autonomie* ».

Art 2 : « *Peut faire l'objet d'un placement : le toxicomane dont l'état nécessite, d'une part des soins médicaux qui peuvent être donnés sans hospitalisation, d'autre part, un cadre d'existence familial ou communautaire [...]* ».

L'article 1, indique que le placement familial s'inscrit dans un processus orienté dans le temps : /poursuite/ suppose une action préalable à laquelle le placement fait suite. L'action est clairement définie : il s'agit du /traitement/ ; Il spécifie ensuite le dispositif de l'accueil familial comme un espace au travers de la notion de /milieu/ qui est agent d'une action dont la finalité est définie comme /autonomie/.

Ainsi, la famille d'accueil est un temps de traitement qui succède à un autre temps de traitement. C'est un espace dont la fonction produit de l' « autonomie ».

La sémantique structurale propose de rechercher la signification dans des structures élémentaires où la relation entre deux oppositions en forme la substance (haut/bas ; petit/grand ; vie/mort ; froid/chaud ; etc.)<sup>12</sup>. Au-delà de la dimension théorique de cette proposition se dessine une démarche méthodologique.

Si je veux comprendre à quoi fait suite l'accueil familial dans ce discours, il me faut savoir qu'est-ce qui, dans ce texte, « viendrait » /avant/. L'orientation du processus temporel concerne, rappelons-le : le « *traitement des toxicomanes* ». Le seul énoncé dans le texte qui fait référence à un avant dans le traitement est le suivant : « *le toxicomane ne doit pas se trouver dans une phase de dépendance physique* ». Le traitement de la toxicomanie à cette époque où l'héroïne est au centre de l'attention a pour caractéristique médicale « la dépendance physique ». Or, /ne doit pas se trouver/ implique en toute logique que la « dépendance » pourrait s'y trouver. Par conséquent, il existe un état du sujet antérieur à l'accueil familial où il se trouve « *dans une phase de dépendance* ». C'est précisément ce qui définit la toxicomanie et ce à quoi le traitement s'oppose :

toxicomanie <-----> traitement ; avant <-----> après ; dépendance <-----> sevrage.

<sup>12</sup> Greimas, op cit., pp.18-29.

La notion d'espace inscrite par le terme /milieu/ demande aussi à être précisée en recherchant à quoi elle fait sémantiquement opposition. Le texte dit dans l'article 2 : « *le toxicomane dont l'état nécessite, d'une part des soins médicaux qui peuvent être donnés sans hospitalisation, d'autre part, un cadre d'existence familial ou communautaire* ». Le terme « hospitalisation » est par rapport « aux soins médicaux » auxquels il est lié dans la phrase, en position de cadre pour les dispenser. Or l'autre cadre qui est indiqué dans le texte est celui de l'accueil familial. L'accueil familial en tant qu'espace vient s'opposer à l'hospitalisation sur l'axe sémantique du /cadre des soins/. On peut ajouter désormais l'axe /cadre pour les soins/ :

hospitalier <----> familial.

Cette proposition n'a rien de surprenant, et correspond à l'alternative à l'hospitalisation que l'on rencontre en AFT<sup>13</sup>. Rappelons que le champ de la toxicomanie s'est construit dans un mouvement de « dépsychiatriation » dans lequel l'accueil familial trouve sa pleine inscription. Comme le disent Pierre Angel et ses collaborateurs à propos de l'accueil familial des toxicomanes : « *Cette modalité thérapeutique, spécifique à la France, repose sur une démedicalisation et une dépsychiatriation.* »<sup>14</sup>

Courtès montre que « *la syntaxe narrative pose que le récit minimal part d'un état premier (état 1) pour aller vers un second état (état 2) [...]* »<sup>15</sup> Un **sujet d'état** (noté S) se voit **conjoint** (noté  $\cap$ ) ou **disjoint** (noté  $\cup$ ) à un **objet** (noté O) et un **sujet du faire** (noté F) qui réalise la fonction. Ainsi :

F (drogue) : {S1 $\cap$ (dépendance)} ----> {S2 $\cup$ (autonomie)}

F(traitement) : {S1 $\cup$ (dépendance) ; S2 $\cap$  (FA)} ----> {S3 $\cap$ (autonomie)}

En considérant en amont de la toxicomanie que dans le discours social qui structure le champ du soin on trouve la chaîne logique suivante : la « drogue induit la dépendance » ; « la dépendance induit la toxicomanie », la structure narrative de l'accueil familial des toxicomanes pourrait se formuler ainsi :

**drogue : (dépendance) ----> (absence d'autonomie)**

**traitement : {(sevrage)<sup>16</sup> ; (FAT) } ---> (autonomie)**

Lorsque l'on reprend l'arrêté de 1993 actuellement en vigueur et tel que l'analyse l'évaluation de l'OFDT, on vérifie la validité de la formulation narrative proposée.

« *L'arrêté du 18.08.93 définit l'accueil en famille comme partie intégrante du projet thérapeutique du centre de soins (art.1<sup>er</sup>) : « [...] 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 permette 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. »<sup>17</sup>*

Mais, l'introduction du terme de « *réinsertion professionnelle* » redéfinit le sens de l'autonomie. Car si la dépendance s'oppose à l'autonomie, elle n'en est pas pour autant son contraire. Si dépendance appartient ici au champ médical (il s'agit de dépendance au sens physique dans les premiers textes que l'on pourrait élargir à la notion d'addiction

<sup>13</sup> Brunier J., *Enquête GREPFA/ADESM, sur l'accueil familial thérapeutique*, VST, n° 73, 2002.

<sup>14</sup> Angel P., et al, *Toxicomanies, abrégés*, Masson, 2005, p. 210.

<sup>15</sup> Courtès J., *La sémiotique du langage*, Armand Colin, 2007, p.78

<sup>16</sup> ou aujourd'hui substitution

<sup>17</sup> OFDT, op cit., p.14.

aujourd'hui), autonomie ne saurait s'inscrire dans le même champ. En revanche, l'autonomie est à entendre sur un plan plus général que celui de la dépendance qui reste limité à l'expérience du corps. Et si l'on introduit une dimension psychologique à dépendance, il s'agit encore de son interface biologique (biopharmacologique) ou pulsionnelle. L'autonomie introduit de fait la dimension psychosociale. Se pose la question des formes de traitement qui permettraient d'accéder à l'autonomie. Depuis son origine, l'accueil familial des toxicomanes a impliqué la question de l'activité sociale-socialisante que l'on entend déjà dans le premier arrêté de 1977 dans son article 19 : « *Le pensionnaire participe à la vie familiale ou communautaire. Il peut exercer une activité rémunérée, soit dans la famille, soit à l'extérieur.* » L'accueil familial est un espace de traitement qui produit de l'autonomie par la participation aux activités de la « vie familiale » et même lorsque c'est possible, aux activités professionnelles de la famille ou dans l'environnement. Le texte de 1993 explicitera cette dimension en lui donnant un sens : l'utilisation des FAT lors de « la phase de réinsertion professionnelle ». L'orientation du traitement dans le déroulement d'un temps n'a fait que s'affirmer au fil de ces trois textes. En 77, le temps se déduit, il est implicite. En 1993, le traitement se pense par phase, le récit se structure en étape. Phase de la dépendance, phase du traitement médical (sevrage, mise en place de la substitution) phase de la famille d'accueil, phase de la réinsertion professionnelle (la famille d'accueil peut être conjointe lors de cette phase).

Notons au passage l'évolution de la terminologie qui désigne l'accueilli dans le texte :

1977 : pensionnaire (il s'agit d'un règlement intérieur pour placement familial qui met l'accent sur la prestation hôtelière des accueillants. Dans ce texte, l'essentiel des attentes à l'égard des accueillants se situe sur la qualité des prestations d'accueil<sup>18</sup>. En ce sens, « pensionnaire » appartient au même champ sémantique)

1987 : toxicomane.

1993 : la personne toxicomane.

Aux termes qui désignent l'accueilli correspondent ceux des accueillants :

1977 : la famille ou la communauté d'accueil (les communautés thérapeutiques n'ont pas encore l'image péjorative qu'elles auront par la suite en France, du fait de la polarisation du discours psychodynamique vs comportementalisme incarné par les communautés thérapeutiques - ce n'est pas encore le temps des TCC<sup>19</sup>).

1987 : famille d'accueil (ou famille).

1993 : familles d'accueil pour toxicomanes (ou famille d'accueil ou famille).

Avec la notion de réseau qui, assez rare dans l'ensemble des dispositifs d'accueil familial (adultes/enfants, tous champs confondus) la notion de personne toxicomane (l'addictologie n'est pas encore un discours dominant) la terminologie de « famille d'accueil pour toxicomane » renforce et délimite une identité de champ au sein de l'ensemble des dispositifs d'accueil familial.

L'évolution des attentes à l'égard des accueillants va aussi se transformer au fil des textes. En 1977, il s'agit d'axes principalement hôteliers et de contrôle du « pensionnaire » où le travail avec l'équipe est assez réduit. Il s'agit de s'engager « [...] à recevoir aux fins de visites les personnes désignées par le centre de même que le Directeur départemental des affaires sanitaires ou toute autorité sanitaire habilités [...] ». Les relations sont de l'ordre de l'information réciproque à propos de l'accueilli et de ses agissements. « [...] elle doit aviser immédiatement le centre qui l'a placé » (art. 9) ; « Le centre doit avertir la famille [...] de la venue du pensionnaire, au moins 48 heures à l'avance [...] » (art. 15).

La circulaire de 1987 va apporter une autre dimension et il ne s'agit plus comme dans

<sup>18</sup> Cf article 11.

<sup>19</sup> Thérapies cognitives et comportementales.

l'arrêté de 1977 de « *(traiter) le sujet en bon père de famille [...]* », mais de participer « *à un processus thérapeutique [...] fondé sur une relation personnelle qui suppose de la part de la famille un degré minimum d'intimité. Elle implique une complète adhésion à une démarche de nature bénévole et fondée sur la sincérité et l'authenticité de la relation humaine dans sa dimension d'aide* » (chap. II : les objectifs thérapeutiques)

Dans la circulaire, les termes de « soutien des familles et suivi des séjours » apparaissent à plusieurs reprises. Car, « *la prise en charge des toxicomanes [...] demande de la part des familles un engagement personnel très important [...]* ». De ce fait, la partie formation du septième et dernier chapitre de la circulaire entend être « *vigilante sur les objectifs et les modalités de ces formations nécessaires et de ne pas glisser par ce biais vers une pseudo-professionnalisation [...] il s'agit de confrontations d'expériences, d'informations claires sur l'engagement demandé et les risques encourus [...]* ».

On trouve dans la circulaire les énoncés : « *alternative à l'hospitalisation* » ; « *soutien d'une prise en charge psychothérapeutique et relationnelle* » ; « *choix thérapeutique et éducatif* » ; « *envoyer un toxicomane en famille d'accueil doit être mûrement pesé* » ; « *le choix des familles doit être particulièrement sélectif* » ; « *le soutien de ces familles et le suivi du séjour doivent être continus et effectifs* » ; « *veiller à ce que l'institution dégage pour ce travail spécifique du personnel en temps et en disponibilité suffisante* ». Pas un mot concernant « la participation de l'accueilli à des activités » ; « la réinsertion sociale » etc. D'ailleurs d'emblée, la circulaire de 1987 affiche, au travers d'une phrase négative dans le chapitre II qui définit les « objectifs thérapeutiques », dans quelles dimensions elle entend situer l'accueil familial : « *comme une des possibilités de traitement du toxicomane* ». Ainsi, « *le placement du toxicomane dans une famille d'accueil n'est pas simplement une réponse momentanée ou une prise en charge de nature sociale, une forme particulière d'hébergement.* »

Si le premier arrêté de 1977 est un texte qui se situe par ce qu'il dit dans le champ social à partir d'une inscription institutionnelle dans le champ sanitaire ; la circulaire de 1987 est une extension de la rhétorique thérapeutique d'un service sanitaire au sein du ministère des affaires sociales. Enfin, l'arrêté de 1993 est une réinscription de la dimension sociale dans le cadre d'un projet de soin. En annexe, un règlement intérieur très inspiré de celui de 1977, l'utilise souvent in extenso et ne comporte que peu de modifications.

Aujourd'hui, ce que peut trouver n'importe quel internaute qui souhaite se documenter sur les réseaux de familles d'accueil pour toxicomanes, actualise une rhétorique dans laquelle le soin est assujéti à la dimension sociale :

« *Le séjour en famille d'accueil doit permettre la consolidation de la démarche de sevrage et faciliter la remise en forme physique et psychique de la personne. Il est une étape dans le parcours de réinsertion car durant ce temps, la personne accueillie peut élaborer et mettre en place un projet de vie sociale autonome. [...] En pratique, la personne accueillie suit le rythme de vie de la famille et participe aux activités de la maison si elle le souhaite. Elle dispose d'un espace indépendant. Le partage des « réalités familiales » dans un cadre sécurisant permet à la personne accueillie de se réaccoutumer progressivement à une vie « normale ».*»<sup>20</sup>

On retrouve la structure narrative par étape du « sevrage ---> à la vie normale » où le séjour en famille est une étape dans un parcours qui n'est pas tant un parcours de soins que de « réinsertion ». Il s'agit d'utiliser un espace au « *rythme de vie de la famille* », en participant aux activités selon son choix, car, c'est à son rythme que l'accueilli va se « *réaccoutumer progressivement à une vie normale* ».

<sup>20</sup> Drogue info service, les réseaux de familles d'accueil consultable sur <http://www.drogues-info-service.fr/?Le-CSST-reseau-de-familles-d>

## Fragments de discours des acteurs de l'accueil familial pour toxicomane

Dans l'étude évaluative du dispositif réalisée par l'OFDT, plusieurs centres présentent leurs conceptions de l'accueil familial notamment pas la description de leurs objectifs et la mise en avant des valeurs qui les structurent. À propos d'un des centres qui a reçu son agrément en 1977 on peut lire dans le rapport :

*« 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. »*

Dans ce fragment de texte qui correspond à la synthèse que font les chercheurs à partir des discours qu'ils ont recueillis sur les définitions de l'accueil familial que donnent les professionnels du centre, on peut suivre l'entrelacement des objectifs sanitaire et social.

Dans la synthèse qui est faite à partir du recueil de quatre équipes en accueil familial à propos du rôle des familles, on peut lire :

*« – 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. Ça permet la confrontation à la réalité et la reprise de confiance. Les FA peuvent ouvrir les ud<sup>21</sup> vers d'autres centres d'intérêt. »*  
*– 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, 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 s'est déinstitutionnalisée, démedicalisée et à proximité. Ça permet d'avoir un rapport de personne à personne, l'ud devient une personne à part entière. »*

Parmi les articles rédigés sur l'accueil familial des toxicomanes ces 25 dernières années, à l'instar du dispositif de soins français aux toxicomanes, le paradigme du soin d'inspiration psychodynamique est largement dominant. Ici, peut-être plus que dans d'autres modalités de soin du secteur spécialisé encore, ce modèle s'affirme. Comme pour l'AFT, la nécessité de légitimer la pertinence du recours à des « non professionnels » dans une perspective thérapeutique conduit à introduire des concepts susceptibles de rendre compte de ce qui fonctionne sur le plan clinique. Ainsi, l'examen de la littérature fait apparaître les termes de « demande », « besoin », « rencontre », « sujet », « désir », « identité de toxicomane », « langage », dont l'occurrence est fréquente dans les théories freudo-lacaniennes.

Un psychologue d'un réseau de FAT écrit dans un article d'une revue spécialisée à propos du cas d'une jeune fille accueillie, qu'« à la demande de famille d'accueil, il peut certes lui être proposé une famille d'accueil, mais accompagnée en retour d'un « laisse toi

<sup>21</sup> ud : usager de drogue

accueillir » c'est-à-dire d'être à son tour pris comme l'objet d'une demande, soutenue d'un désir, celui d'aider l'autre. [...] La rencontre n'a pu que mettre en exergue cette dialectique de deux demandes qui laissent place à un écart, à une béance dans laquelle surgissait ce qu'elle voulait ignorer de ce qui la cause »<sup>22</sup>. La relation à la famille fait resurgir chez l'accueilli des éléments psychiques passés qu'il conviendra de mettre au travail au décours du processus de soin.

Dans les fragments de textes des accueillants, la mise en œuvre des tensions entre sanitaire et social est aussi perceptible :

« 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 ».

« 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 b a - 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 loisirs 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 ».

« On veut leur apprendre le travail bien fait et à aimer le travail ».

« 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 est là pour les aider à redémarrer. On n'est pas des psychologues ni des éducateurs ».

« 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 ».

Et le chercheur de conclure :

« 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. »

En complétant par le point de vue des usagers accueillis en FAT dans ces mêmes centres, la tension se révèle complètement car ce qu'ils attendent s'inscrit dans des logiques qui se structurent encore autrement. Les extraits de la synthèse du rapport de l'OFDT, cette fois à partir d'éléments recueillis auprès des usagers nous permet de le repérer :

« 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

<sup>22</sup> Laye S., « L'accueil : de la demande à l'écueil de la rencontre », Interventions, n°54, mai 1996, p.39

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'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 ».

« 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 choisissais. 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. Ça 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 ».

« 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 ».

Ces fragments de discours des accueillis montrent comment ces tensions entre thérapeutique et insertion sociale s'actualisent dans leur réalité, dans des contradictions parfois, mais aussi dans des articulations où chaque dimension sert de point d'appui pour la réalisation de l'autre.

## Conclusions

L'analyse rapide de l'ensemble de ces fragments en les confrontant au projet institutionnalisant des textes officiels peut se synthétiser dans un tableau qui met en évidence les principales oppositions structurales du champ de l'accueil familial des toxicomanes. Loin d'être exclusif à ce champ, l'accueil familial des adultes et notamment l'AFT peuvent retrouver un certain nombre d'éléments qui participent également de la structuration des discours et des pratiques.

Champ sémantique sanitaire	Champ sémantique social
Projet thérapeutique	Projet de vie sociale
Soins	Réinsertion
Cadre hospitalier	Cadre familial
Rythme de vie déstructuré du toxicomane	Rythme structurant de la famille
Toxicomanie maladie	Toxicomanie marginalité
Soignant	Accueillant
Discours savant	« bon sens »
(Drogue) évite la confrontation à soi (FAT comme confrontation à soi)	(Drogue) évite la confrontation à la réalité (FAT comme confrontation à la réalité)
Problèmes dans le passé	Solutions pour l'avenir
Réflexion sur soi (positif)	« Remuer les problèmes » (négatif)
(Activité) empêche de penser	(Activité) donne à penser

Cette liste non exhaustive des oppositions que l'on peut identifier à partir des discours générés dans le champ de l'accueil familial pour toxicomane peut, malgré tout, nous éclairer sur la structuration des deux logiques sémantiques à l'œuvre : sanitaire et sociale. Ce travail ne pouvait trouver dans ce cadre le temps nécessaire à la rigueur de son approfondissement. Toutefois, même de façon rapide, l'analyse sémantique utilisée dans une perspective d'anthropologie clinique<sup>23,24</sup> montre tout son intérêt dans l'identification des logiques institutionnelles pour rechercher des points d'appui pour les pratiques.

L'intérêt de ce repérage réside dans la compréhension des logiques opposées qui peuvent parfois s'avérer problématiques, lorsque les interventions renforcent les polarités dans des oppositions conflictuelles. Cette identification peut aussi servir de point de départ à une recherche de dépassement des oppositions par la compréhension du sens qui naît de leurs mises en relations. Ce sens permet alors la construction de positions qui articulent ces deux logiques dans le concret des pratiques. Car ces logiques, sanitaire et sociale, renvoient à des dimensions fondamentales du développement humain en ce qu'elles intègrent le corps, le psychique et le social, qui ne se trouvent en conflit que du fait du découpage sémantique opéré par le dispositif administratif institutionnel.

Toulouse, 1<sup>er</sup> juin 2010

<sup>23</sup> « Une anthropologie des formes de l'expérience clinique dans des sociétés mondialisées, c'est-à-dire des situations cliniques saisies à la fois dans leur diversité théorico-pratique et dans leur unité anthropologique, peut s'envisager comme une voie possible pour évaluer et inventer des pratiques. Dans cette perspective, le champ de l'anthropologie clinique est autant celui de l'étude anthropologique de formes cliniques que de pratiques cliniques qui intègrent ou s'appuient sur les savoirs de l'anthropologie. » Serge Escots, [www.i-ac.fr](http://www.i-ac.fr).

<sup>24</sup> Duruz N., *L'anthropologie clinique au carrefour des psychothérapies*, in Jalons pour une anthropologie clinique, in Psychiatrie - Sciences humaines - Neurosciences (PSN), Vol 5, Supp 1, juin 2007.