

La clinique de l'accueil familial à l'épreuve des choix économiques d'un établissement hospitalier.

Au congrès d'Annecy en 2003, nous étions venus vous parler de l'aménagement du cadre de l'AFS pour répondre au choix d'un établissement de ne plus mettre en place une structure d'AFT.

Près de vingt ans après cette décision, notre administration de tutelle pourrait nous demander de mettre en place un cadre d'AFT pour des raisons uniquement guidées par une volonté de réduction budgétaire.

Pour développer notre propos, nous commencerons par vous tracer le décor de notre pratique puis nous ferons un détour par l'histoire en ce qu'elle a d'éclairant et enfin, nous évoquerons des éléments de notre exercice accompagnés de quelques situations cliniques. Il s'agira de mettre évidence comment la tension entre la logique institutionnelle et l'exigence du soin peuvent amener à trouver les interstices d'une clinique de l'accueil familial articulée à un ensemble de propositions thérapeutiques.

Le service public de psychiatrie pour adultes est organisé en services ou secteurs. Celui dans lequel nous sévissions, propose un ensemble de prestations à un bassin de population d'environ 80 000 habitants vivant sur trois communes du sud du Val de Marne. Quatre autres services ou pôles selon la dénomination d'aujourd'hui répondent à leur public habitant sur les autres communes. Ces cinq services sont rattachés administrativement au Centre hospitalier des Murets situé sur la commune de La Queue en Brie qui est le lieu d'hospitalisation temps plein.

Cette offre de soin s'articule à partir d'un assortiment de soins conjuguées comprenant du soin ambulatoire, à temps partiel et à temps plein. *[A commenter sur place si nécessaire]. Déf. INSEE : Les soins ambulatoires (ou soins de ville) comprennent les soins effectués en cabinet de ville, en dispensaire, centres de soins ou lors de consultations externes d'établissements hospitaliers publics ou privés.*

Nous reconnaissons l'intérêt de la pluridisciplinarité, de la pratique avec des partenaires, de l'héritage de la politique de secteur, le tout agrémenté de références à la psychothérapie institutionnelle et au soin moral.

A force d'être attentifs à la parole et à la problématique des patients qui nous instruisent, nous avons complété au fil du temps notre boîte à outils.

C'est ainsi que l'accueil familial s'est imposé dans notre secteur dans les années 90 en tant que qu'outil de soin précieux permettant de soutenir chez certains patients l'évolution de leur dynamique thérapeutique.

Un petit détour par l'histoire pour éclairer notre propos

L'hôpital des Murets a démarré l'accueil familial en 1979. A l'époque, la distinction entre accueil familial thérapeutique et accueil familial social n'existe pas.

On parle alors de placement. Il n'y a pas de contrat, si ce n'est de gré à gré.

10^{ème} Congrès du GREPFA-France – Villeurbanne – 7 et 8 juin 2012 - Atelier 3
CH Les Murets - La clinique de l'accueil familial à l'épreuve des choix économiques
d'un établissement hospitalier

Les cinq secteurs de psychiatrie qui composent cet hôpital vont, au fur et à mesure de leurs besoins créer leur propre équipe de placement familial, recrutant des familles et y confiant leurs patients, parfois dans des régions assez éloignées de l'hôpital.

C'est l'annonce de la Loi de 1989, qui donnera un cadre légal aux pratiques d'accueil familial, qui semble mobiliser notre hôpital dans sa réflexion autour de ce type de soin.

En 1987, un groupe de travail se constitue dans lequel il est question d'obtenir une « reconnaissance par l'administration de l'hôpital des placements familiaux ».

En effet, jusqu'alors la mise en place de placements familiaux semble avoir relevé d'initiatives sectorielles, fondées sur des volontés individuelles de médecins et d'équipes d'alors.

Pour donner une image de l'activité en 87 : seuls deux secteurs ont mis en place des placements familiaux (15 patients pour l'un, 4 pour l'autre).

Tous ces patients étaient placés sous mesure de protection du gérant de tutelle du centre hospitalier et c'était lui qui payait directement les familles avec l'argent des patients.

Ce groupe de travail réfléchit à la mise en place d'un placement familial de deux formats :

1. Un placement familial de type HAD (hospitalisation à domicile) où l'hôpital serait l'administrateur du placement » qui constituerait une sorte de période d'essai pour le patient.
2. un placement où le patient serait l'employeur de sa famille d'accueil.

Il est question de permettre aux cinq secteurs de psychiatrie de disposer chacun d'une place en accueil familial de type HAD, en supprimant l'équivalent en prix de journée de cinq places d'hospitalisation de nuit.

La réflexion se poursuit au fil du temps sans parvenir pour autant à arrêter un mode d'organisation.

C'est ainsi qu'on retrouve trace en 89 d'un nouveau groupe de travail réfléchissant à la constitution d'une association Loi 1901 qui gérerait le placement familial pour l'établissement hospitalier. Il s'agirait d'une « Unité spécialisée intersectorielle d'hébergement en famille d'accueil ».

Au fil de ces années nous retrouvons un même leitmotiv qui est celui du refus des équipes que l'accueil familial offre du « tout fourni » par l'hôpital.

L'idée forte des soignants est que l'hôpital rémunère la famille d'accueil et que le patient paie son loyer plus son forfait d'entretien à la famille avec ses ressources personnelles.

Puis la loi du 10 juillet 1989 est promulguée et vient porter création de l'accueil familial social pour personnes âgées et/ou handicapées, distinct de l'accueil familial thérapeutique.

Alors qu'il n'est plus question de se constituer en association, l'hôpital des Murets poursuit malgré tout sa réflexion et envisage l'équation suivante : « 1 lit fermé = 1 PFT créé ».

Les médecins chefs ont demandé la création de 15 places de PFT sur tout l'hôpital

Mais cela ne suffit pas à faire « rentrer » dans un cadre légal la totalité des patients des Murets déjà accueillis en famille (24 patients au total en 89).

En octobre 90 les décrets d'application de la loi de 89 sont parus. Notre hôpital essaie toujours de régulariser ses accueils en maintenant l'idée d'une « double prise en charge » avec :

10^{ème} Congrès du GREPFA-France – Villeurbanne – 7 et 8 juin 2012 - Atelier 3
CH Les Murets - La clinique de l'accueil familial à l'épreuve des choix économiques
d'un établissement hospitalier

- Une indemnité versée par le patient à la famille d'accueil,
- Une autre partie appelée frais d'entretien, versée à la famille par l'établissement hospitalier.

Quant à notre secteur, il faut attendre 1991 pour que le médecin chef d'alors propose la mise en place de trois ou quatre placements familiaux devant remplacer quatre places d'hospitalisations de nuit.

Le projet initial est la constitution « d'une équipe pluridisciplinaire en vue de la mise en place d'une unité de placement familial thérapeutique ».

La petite équipe qui se constitue se déplace en région parisienne et en province à la rencontre d'autres équipes.

La nomination d'un premier médecin référent et l'accueil d'un premier patient viennent sceller la mise en route de l'équipe.

Ce médecin écrit en 92 : « L'idée du placement familial portait l'adjectif « thérapeutique ». La réalité ne faisant pas bon ménage avec l'idéal, le divorce n'a pu être évité ».

Il y est clairement fait référence pour la première fois au divorce entre le social et le sanitaire.

Mais les médecins chefs de l'époque persévèrent dans l'idée d'une double prise en charge.

Un responsable de la Direction Générale de la Santé leur a confirmé que « notre fonctionnement n'est pas dans les règles ».

En 1991, pour l'ensemble des cinq secteurs, 25 patients sont accueillis dans des familles d'accueil. Une grande part d'entre eux vit dans des familles du Val de Marne et certains dans des familles du département limitrophe qui est le département de la Seine et Marne.

La loi de 89 et ses décrets d'application étant parus, une régularisation doit être trouvée pour permettre à toutes ces familles d'intégrer un cadre légal de travail.

Les deux Conseil Généraux du 94 et du 77 vont donc passer chacun convention avec l'hôpital selon des modalités assez proches dans leurs grandes lignes mais tenant compte de leurs priorités et leur politique.

Chaque Conseil Général donne ainsi délégation aux équipes de psychiatrie qui assurent le suivi des patients mais garde la responsabilité du renouvellement de l'agrément et de la formation des familles.

Vingt ans plus tard, ce montage est resté identique dans ses grandes lignes. Les groupes de travail se sont taris. Les conventions se sont trouvées renouvelées plus ou moins régulièrement au gré des changements institutionnels, tant du côté du Conseil général que de l'hôpital, instances qui régulièrement s'étonnent ou s'inquiètent du montage particulier de ces conventions et se prennent à penser à une harmonisation des pratiques.

Les responsables passent ... les équipes de terrain poursuivent leur travail de terrain auprès des patients, affinent leur pratique au gré de leurs évolutions respectives. Parfois les équipes sont conviées à ces réunions de « responsables » qui s'inquiètent pour nous.

Chaque secteur scelle l'existant d'alors, en utilisant le cadre de l'AFS nouvellement constitué, métissé avec celui des soins en HAD (depuis 1982 une convention avait été signée avec l'assurance maladie et le centre hospitalier des Murets établissant alors la singularité d'une HAD donnant droit à prix de journée).

C'est ce type de fonctionnement que nous avons choisi de présenter lors du congrès d'Annecy.

10^{ème} Congrès du GREPFA-France – Villeurbanne – 7 et 8 juin 2012 - Atelier 3
CH Les Murets - La clinique de l'accueil familial à l'épreuve des choix économiques
d'un établissement hospitalier

En 2009, notre équipe s'était trouvée traverser un moment sans doute un peu dépressif. Certains projets n'avaient pas abouti faute de famille adaptée, et à l'inverse une famille recrutée n'avait pas conduit à faire aboutir un accueil.

Comme il se trouve parfois dans de tels cas, on finit par penser que les autres se débrouillent mieux que nous. C'est pourquoi nous avons initié des rencontres inter équipes afin de partager nos expériences et mettre en lumière nos références communes. Ces rencontres ont fait progresser notre réflexion d'équipe sur cette proposition de soins et ont également permis de renforcer l'identité de vue de ces différentes équipes, notamment dans la volonté de ne pas uniformiser les pratiques et de conserver les particularités de chaque équipe du fait de son histoire propre.

Ce postulat commun a permis d'argumenter et de défendre notre position d'hétérogénéité auprès des partenaires extérieurs, notamment les Conseils Généraux. On pouvait craindre qu'un Conseil général, ayant à faire avec les pratiques différentes de cinq secteurs, ait du mal à s'y retrouver entre les particularismes des pratiques des uns et des autres. La renégociation d'une convention entre l'établissement et les départements voisins montra qu'il n'en était rien.

Déjà à cette époque, l'ombre de l'uniformisation du travail, sous couvert d'une meilleure rentabilité, perçait de temps en temps dans le discours de l'administration et nous faisait craindre le risque d'un dévoiement de cet outil de soins de notre clinique quotidienne avec le patient.

Autour de la table, des représentants de l'administration, du Conseil général voisin et des équipes psychiatriques sectorielles ont réussi assez facilement à faire un état des lieux, un « toilettage » comme il se dit parfois des systèmes antérieurs, et à définir les conditions d'un nouveau type de partenariat.

Nous pouvions concourir au recrutement de nouvelles familles, le département validant leur agrément. Mais nous avons tenu à faire reconnaître que si nous étions d'accord pour nous impliquer dans le recrutement des familles en fonction des personnes à accueillir, nous ne souhaitions pas participer à l'agrément général du département. Ce point a été compris et il est, semble-t-il, entendu dans le même sens par le département du Val de Marne. Ce qui permettait d'appuyer cette position était un solide socle clinique partagé par les cinq secteurs réactualisé lors de nos rencontres inter équipes.

Présentation de l'AF à la mode du 2^{ème} secteur

Les rencontres avec nos collègues des autres équipes nous ont permis d'affiner nos procédures, de clarifier et de préciser nos orientations cliniques.

Notre « fil rouge » est celui-ci : l'accueil familial est le résultat d'une rencontre singulière entre trois protagonistes que sont le patient, une famille d'accueil et l'équipe de l'accueil familial. Le temps de cette rencontre est une mécanique complexe. Il s'agit tout d'abord, ce qui n'est pas un mince travail, que des soignants référents, engagés auprès d'un patient, le sensibilisent à l'idée d'un accueil en famille.

Notre équipe va ensuite le rencontrer autant de fois que nécessaire pour aborder tous les aspects de ce type d'hébergement. C'est une sorte de tissage à plusieurs fils. Le point de tissage est à inventer au fur et à mesure de ce qui se dévoile lors de ces échanges.

10^{ème} Congrès du GREPFA-France – Villeurbanne – 7 et 8 juin 2012 - Atelier 3
CH Les Murets - La clinique de l'accueil familial à l'épreuve des choix économiques
d'un établissement hospitalier

Il s'agit en effet de suivre la dynamique individuelle de chaque patient, sans vouloir presser l'allure. Dans le même temps il s'agit de ne pas laisser l'équipe référente du patient trop à distance, car c'est sur elle qu'il devra toujours compter quand il sera dans la famille. Mais c'est aussi ce petit pas de côté, aménagé par l'équipe de l'AF, qui permet au patient de dérouler son fil propre.

Un point essentiel que vous connaissez bien est le travail autour de la famille d'origine du patient. Il y a maintenant bien longtemps, un péché de jeunesse nous avait fait minimiser cet aspect et avait abouti très rapidement à l'échec de l'accueil.

L'expérience nous a montré que si la prise en compte des tiers familiaux impliqués n'est pas à tout coup gage de réussite, sa non prise en compte peut parfois mettre à mal le projet.

Un patient bénéficiant d'un accueil familial ne doit surtout pas nous apparaître comme étant un "sans famille".

M. S. nous rappellera cette évidence quand au cours d'une de nos visites où est évoqué son projet de vacances, nous l'entendrons associer sur son roman familial de manière très féconde. Une autre fois, c'est à partir d'un élément du cadre de vie dans la famille d'accueil - l'arrivée d'un chiot - que nous l'entendrons s'aventurer dans des remémorations denses et pleines d'émotions sur des épisodes de son enfance et de son adolescence. Notons que chez cet homme que nous avons connu si ravagé par l'angoisse et l'empêchement d'élaborer sur sa position de sujet, nous n'avons pu que célébrer l'effet de relance thérapeutique dans ce cadre d'accueil familial.

Dans le cas de Mme N. nous nous trouvions tous dans un moment de marasme. Femme à la dérive, elle se présentait comme une personne dont l'évolution se faisait sur un mode déficitaire. Elle était de plus en plus mise en difficulté dans sa propre famille, mise au ban, ne comprenant plus ses propres enfants qu'elle rencontrait lors de leurs visites chez leur grand-mère. Oser évoquer une prestation d'accueil familial dans un tel contexte n'allait pas de soi et laissait certains soignants pour le moins circonspects.

C'est finalement sa famille qui viendra valider ce projet. Invités à participer à plusieurs entretiens, la mère et le frère de Mme N. ont permis que chacun puisse à nouveau s'intéresser à elle et entrevoir un avenir commun possible. Nous constaterons l'effet de relance et de re qualification de Me N. au cours de son séjour, parfaitement accompagné par la famille d'accueil, tout autant objectivables dans son redressement narcissique que dans sa réintégration dans le roman familial et la relation avec ses enfants.

Après ce petit détour sur l'importance de l'implication de la famille des patients, reprenons notre « fil rouge ».

Vient donc le temps, parallèlement, de la recherche d'une famille disponible. Nos collègues assistantes sociales de l'équipe de l'accueil familial ont maintenant ce savoir-faire pour les premiers repérages, les retours à l'équipe, l'aménagement d'autres rencontres avec les familles en y faisant participer des membres de l'équipe élargie.

Dans cette quête d'une famille d'accueil, il s'agit de fantasmer une synergie ou en tout cas une combinaison optimum entre le potentiel de la famille et les caractéristiques du patient pressenti, une rencontre qui "colle bien". Il s'agit d'un travail patient et minutieux nécessitant de rencontrer beaucoup de familles. C'est sur ce point que nous nous étions découragé, sachant que cette opération est à renouveler pour chaque nouvelle indication.

Nos collègues nous avaient convaincu qu'on ne pouvait pas déléguer certaines étapes du travail qui de fait font partie d'un tout, ils avaient raison.

10^{ème} Congrès du GREPFA-France – Villeurbanne – 7 et 8 juin 2012 - Atelier 3
CH Les Murets - La clinique de l'accueil familial à l'épreuve des choix économiques
d'un établissement hospitalier

Nous nous sommes mis au travail, nous avons rencontré des familles, beaucoup de familles.

Nous avons à faire avec les contraintes suivantes : des familles candidates en Seine Saint Denis, département voisin avec lequel nous avons commencé à travailler en 1991. Mais celui-ci, malgré nos diverses sollicitations, ne mit pas en place de procédure d'agrément durant de longues années. Les premières familles agréées l'ont été en 2011...

Dans les départements voisins le 77 et 94 les places étaient comptées parce que encadrées par les conventions évoquées ci-dessus.

Cela nous a conduit à aller un peu loin, un peu trop loin pour nos tutelles comptables mais c'est ainsi. C'est un point du travail que nous avons appris à bien faire.

Les périodes de vacances nous procurèrent l'occasion de faire la connaissance de plusieurs familles pour des séjours de rupture et de vacances ou pour sensibiliser un patient à ce type de prise en charge. Cela permet aussi de pouvoir apprécier toutes les facettes du cadre proposé par la famille et offre une belle opportunité de commencer un travail avec celle-ci.

Aussi c'est vers Château-Thierry en Champagne dans un petit bourg, Villiers Saint-Denis à 70 kms du secteur que nous avons fait la connaissance de Me P. accueillante familiale. Il n'avait pas fallu moins de quatre à cinq tentatives pour trouver cette place pour M. G., premier postulant dans cette famille. Proposer un hébergement à 70Km du lieu du secteur, ne doit pas être vécu comme une rupture avec les lieux initiaux des soins.

Vignette clinique

Il fallait du « sur-mesure » pour cet homme d'une quarantaine d'années. Il sortait d'une période difficile suite au traitement d'un cancer du poumon. Il était fumeur et accessoirement porté sur la boisson. Dans ses relations aux femmes, sa capacité de séduction licencieuse pouvait rendre les choses délicates.

La famille d'accueil devait être à la fois chaleureuse et savoir tenir bon en regard des caractéristiques de la personnalité du patient. De plus, eu égard à sa pathologie somatique en question, il convenait de pouvoir mener ce chemin sur un avenir incertain. [A préciser]

La famille n'en fut pas effrayé et reçut cela avec confiance. Nous pouvions donc commencer à engager le processus de travail.

Pour la première fois avec cette famille d'accueil, nous nous trouvions dans un cadre conforme au cadre légal puisqu'elle était agréée par un département. Certes elle était éloignée de notre lieu de soins, mais son département de référence mettait en place l'accompagnement proposé aux familles. Nous avons d'ailleurs rencontré au domicile de la famille, la coordinatrice du Conseil Général, avec laquelle nous avons pu parler de la relation ambiguë du cadre utilisé mais aussi de l'adéquation de l'AFS avec les candidats proposés en référence à leur pathologie stabilisée.

La famille a d'ailleurs bravé les recommandations faites par le Conseil Général qui souhaitait gérer directement les candidatures, en prenant, en l'espace de trois ans, deux autres de nos patients après l'arrivée du premier. Elle avait eu auparavant l'expérience de l'AFS « habituel » mais disait avoir un confort de travail plus satisfaisant, compte tenu du suivi des patients et de l'aide que nous apportions chaque mois.

10^{ème} Congrès du GREPFA-France – Villeurbanne – 7 et 8 juin 2012 - Atelier 3
CH Les Murets - La clinique de l'accueil familial à l'épreuve des choix économiques
d'un établissement hospitalier

Il est important de souligner que cette femme continue d'être en lien avec les instances du Conseil Général, via l'accompagnement et la formation incluant des rencontres à son domicile avec la coordinatrice du Conseil Général.

Mme P. nous a fait comprendre que ce qui semblait compter pour elle était la relation de confiance et de respect que nous partagions ensemble. Nous voulions de part et d'autre être et rester des professionnels de notre espace propre et nous enseigner mutuellement. A cette occasion nous pouvons dire que si ce congrès avait eu lieu l'année prochaine cette professionnelle de l'accueil familial aurait été prête pour venir en parler avec nous.

Il s'agissait pour elle et pour nous que cet hébergement se déroule dans l'esprit de la continuité des soins pour le patient.

Les soins devaient pouvoir se poursuivre au CMP du secteur, à 70 kilomètres. C'est ce qu'ils ont continué à faire tous les trois, en se rendant aux consultations régulières avec leurs psychiatres.

Pour l'un d'entre eux, l'idée de participer à des activités dans un hôpital de jour voisin a été soulevée, puis laissée de côté, car possiblement ressentie comme un lâchage de notre part.

Les lieux du secteur psychiatrique sont un point d'ancrage pour eux ; certes ils y ont le lieu de la consultation mais également leur famille qu'ils visitent régulièrement. La continuité des soins est en phase avec la continuité de leur vie.

Ils ont retrouvé à cette occasion une autonomie qu'ils semblaient avoir perdu dans les lieux fortement institutionnalisés. Cela a concouru à les animer, à les rendre plus vivants.

L'équipe de l'accueil familial se déplace chaque mois dans les familles et rencontre individuellement chaque patient, puis la référente de l'accueil familial.

Tension entre logique administrative et exigences du soin

La logique propre aux gestionnaires, préoccupés par la maîtrise des coûts, la rationalisation synonyme de rationnement et l'évaluation de l'offre de soins avec pour seul critère le quantitatif est un vieux refrain que les soignants en psychiatrie ont dû supporter depuis des années.

Ils ont été contraints de supporter la primauté du quantitatif, obligés d'avoir à s'adapter aux contraintes de gestion, à la création à moyen constant et à la gestion de la pénurie.

Il leur revient aujourd'hui de convaincre les partenaires administratifs qu'il est des exigences non négociables liées à la logique du soin. Le un par un, le sur mesure, le singulier de la relation thérapeutique et la garantie de la continuité dans le temps sont les données de base de la clinique.

Héritage de la politique de secteur, la continuité des soins est la garantie, validée par l'expérience sur le long terme, de pouvoir accompagner la dynamique thérapeutique des patients et tout particulièrement celles et ceux qui souffrent de troubles graves de la personnalité. De même, les soignants doivent pouvoir conjuguer les différentes prestations qu'ils ont inventé au fil du temps. C'est ainsi que celle de d'accueil familial vient à point nommé pour offrir un cadre de soin à la hauteur de l'enjeu thérapeutique.

A propos de rationalisation, les soignants n'ont pas attendu les gestionnaires pour s'en soucier. C'est ainsi que dans notre service, enseignés par le parcours des patients, nous avons inventé la Commission hébergement et soin, interface permettant d'éviter la déperdition de propositions

10^{ème} Congrès du GREPFA-France – Villeurbanne – 7 et 8 juin 2012 - Atelier 3
CH Les Murets - La clinique de l'accueil familial à l'épreuve des choix économiques
d'un établissement hospitalier

soignantes vaines. Outil d'incubation des projets de patients accompagnés par les soignants, cet espace permet tout à la fois d'évaluer sa pertinence et de construire l'assemblage d'une co thérapie permettant à tous les soignants impliqués de tenir leur place.

Conclusions

C'est le statu quo qui a régné entre les équipes d'AF de chaque secteur et l'administration durant ces vingt dernières années qui a permis de façonner ce nouvel outil et d'en entretenir son adéquation. Aussi, quand récemment, à l'occasion de rencontres entre le directeur des soins et des AS, l'épluchage de leur temps de travail au service de l'accueil familial vint à être mis en avant, une certaine inquiétude a pu naître.

Cette demande à rendre compte avec une précision rigoureuse des temps dédiés à l'accueil familial par catégories professionnelles – médecins, infirmiers, assistantes sociales et psychologues – nous vit inquiets que le statu quo ne soit remis en cause.

D'autres types de questions suivirent : Pourquoi avoir trouvé des familles si loin ? Pourquoi ne pas regrouper les moyens dans un grand pool commun à tous les secteurs ? Pourquoi faire un travail d'agrément à la place du Conseil général.

La volonté de concertation n'est pas toujours de mise par les temps qui courent.

De nouveaux scénarios d'organisation des soins semblent s'imposer pour les gestionnaires, quand un budget fléché peut être saisi dans une logique d'aubaine, parfois difficilement compréhensible par les représentants élus des personnels.

C'est ainsi que nous avons pu entendre à nouveau parler d'Accueil familial thérapeutique, préconisation venant peut-être d'une instance de tutelle.

Ce qui reste toujours aussi difficile, trente ans après le début de notre entreprise, c'est le sentiment qu'il est fait peu de cas de notre espace clinique. Rendre des comptes, aménager un cadre sont des choses dont nous ne contestons pas la nécessité, mais pas à n'importe quel prix.

Nous ne réussissons pas toujours à défendre nos outils de travail autrement que sur un mode revendicatif. Cet écrit, en plus de concourir à nos échanges d'aujourd'hui, pourra nous servir à mieux expliciter notre logique de soignants. Une façon peut-être pour que l'administration puisse valoriser notre travail en tenant compte de nos préoccupations cliniques tout autant que des considérations économiques.

Ont participé à ce travail l'équipe de l'Accueil familial du Dr. P. GALISSON, unité fonctionnelle du service du Dr. D. WINTREBERT.

Les membres de l'équipe : Me S. ATCHE, Me J. BIHAN-POUDEC, Me C. CAPDEPONT, Me G. RENAUD, Me. M. SUC, Me M. YVROUX, M. I. DARABID, M. Z. RANDRIAMAHATOKY, M. G. SGAMBATO, ainsi que nos collègues secrétaires Me V. IMBERT et Me B. MIEGE.