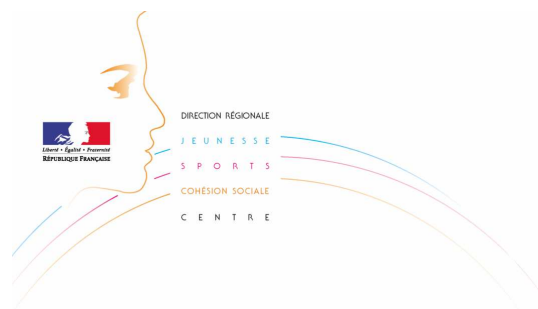




Les résidents des pensions de famille / maisons relais :

Profils, parcours résidentiels et enjeux de l'accompagnement



Décembre 2013



Les résidents des pensions de famille / maisons relais : *Profils, parcours résidentiels et enjeux de l'accompagnement*

Etude réalisée par Aurélie Eloy, chargée d'études, ORS Centre
Aurélie Langevin, chargée d'études, Creai Centre

Sous la direction de Séverine Demoustier, directrice du Creai Centre et Céline Leclerc, directrice de l'ORS Centre

Cette étude a été réalisée grâce au financement de la Direction régionale de la jeunesse,
des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS).

CREAI Centre

58 bis, boulevard de Châteaudun
45000 Orléans
Tel : 02.38.74.56.00

Mail : creai-centre@centre-centre.asso.fr
Site : www.creaicentre.org



ORS Centre

1, rue Porte Madeleine
45032 Orléans cedex 1
Tel : 02.38.74.48.80

Mail : accueil@orscentre.org
Site : www.orscentre.org





Remerciements

Le Centre régional pour les enfants, adolescents et adultes inadaptés (Creai) et l'Observatoire régional de la santé (ORS) tiennent à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la mise en œuvre de cette étude.

Les résidents pour avoir accepté de répondre au questionnaire et ainsi rendu cette étude possible.

Les professionnels des structures pour avoir mis en place l'enquête au sein de leurs établissements ainsi que pour avoir accepté de nous livrer leurs expériences professionnelles lors des entretiens.

Les membres du comité de pilotage pour les échanges fructueux aux différentes étapes de l'enquête.

Cette étude n'aurait pu être menée sans cette mobilisation conjointe.



Sommaire

| | |
|--|-----------|
| Contexte de l'étude et méthodologie | 11 |
| I - Contexte de la demande et objectifs de l'étude | 13 |
| 1. Contexte de la demande..... | 13 |
| 2. Objectifs et axes d'analyse de l'étude | 13 |
| 3. Présentation des pensions de famille..... | 14 |
| A. Historique des pensions de famille..... | 14 |
| B. Caractéristiques des pensions de famille | 15 |
| C. Le public des pensions de famille | 16 |
| II - Méthodologie de l'étude | 18 |
| 1. Modalités de l'enquête..... | 18 |
| A. Approche quantitative..... | 19 |
| a) Elaboration des questionnaires..... | 19 |
| b) Test des questionnaires | 19 |
| c) Déroulement de la passation des questionnaires | 19 |
| d) Saisie des questionnaires et nettoyage de la base de données constituée | 20 |
| B. Approche qualitative | 20 |
| a) Objet et population cible..... | 20 |
| b) Déroulement des entretiens | 21 |
| c) Analyse des entretiens | 21 |
| III - Etat de la participation à l'enquête | 22 |
| 1. Participation à l'enquête par questionnaire..... | 22 |
| 2. Retour des questionnaires..... | 22 |
| 3. Participation à l'enquête par entretien | 23 |
| IV - Analyse des données recueillies | 24 |
| 1. Utilisation des termes spécifiques pour la rédaction du rapport..... | 24 |
| 2. Articulation du rapport..... | 24 |
| Partie 1 - Etat des lieux des pensions de famille en région Centre | 25 |
| I - Panorama des pensions de famille en région Centre | 27 |
| 1. Présentation des pensions de famille..... | 27 |
| 2. Configuration de l'habitat des pensions de famille | 30 |
| II - Les professionnels exerçant dans les pensions de famille | 32 |
| 1. Profil des professionnels..... | 32 |
| A. Caractéristiques socio-démographiques | 32 |
| B. Formations..... | 32 |
| C. Nombre de professionnels intervenant par structure et emplois mutualisés..... | 33 |
| D. Les temps de présence des professionnels sur site | 33 |
| 2. Missions des hôtes au sein des pensions de famille | 35 |
| 3. Les difficultés de l'exercice | 36 |

| | |
|---|-----------|
| 4. Les points d'appui nécessaires | 37 |
| A. Des compétences professionnelles | 37 |
| B. L'importance de se situer dans un travail d'équipe..... | 38 |
| C. Des temps d'analyse des pratiques peu fréquents..... | 39 |
| D. Un étayage avec les partenaires à consolider | 39 |
| E. Un besoin de formation continue..... | 39 |
| F. Des temps d'échanges entre pensions de famille | 40 |
| III - Accompagnements proposés..... | 42 |
| 1. L'accompagnement individuel..... | 42 |
| A. Objectifs..... | 42 |
| B. Les axes d'accompagnement | 43 |
| a) L'accompagnement de proximité..... | 43 |
| b) Un rôle d'interface entre les résidents et les partenaires..... | 44 |
| C. Une question émerge : le travail sur le projet de la personne | 48 |
| a) Les objectifs de cet outil..... | 48 |
| b) La formalisation de ce projet | 48 |
| c) La mise en place d'un projet individualisé et questionnements des professionnels | 49 |
| 2. L'animation de la vie collective et le lien avec l'environnement extérieur | 51 |
| A. Une vie collective plus ou moins développée..... | 51 |
| B. La participation des résidents à la vie collective..... | 53 |
| C. Les espaces de concertation et de régulation | 54 |
| IV - L'orientation et l'admission | 55 |
| 1. La procédure d'admission..... | 55 |
| A. Les modalités d'étude des dossiers | 55 |
| B. Le rôle du SIAO dans l'orientation et l'admission des résidents..... | 56 |
| C. Mise en place d'une visite et d'un entretien en amont de l'admission..... | 57 |
| 2. Les critères d'admission et les refus d'admission | 58 |
| A. Les critères d'admission..... | 58 |
| B. Les refus d'admissions | 59 |
| 3. Les principaux orienteurs | 60 |
| 4. Les limites et freins à l'orientation | 60 |
| A. Présence d'orientation par défaut..... | 60 |
| B. Les évaluations sociales incomplètes | 62 |
| 5. Les leviers : exemples d'initiatives..... | 63 |
| A. Bien communiquer pour améliorer la lisibilité du dispositif..... | 63 |
| B. Etudier les demandes des personnes au regard de la diversité de fonctionnement des pensions de famille | 63 |
| C. Associer les partenaires à la vie de la structure..... | 63 |
| D. Mise en place d'une période d'essai..... | 64 |
| Partie 2 - Les résidents des pensions de famille : Profils et parcours résidentiel..... | 67 |
| I - Le profil des résidents..... | 69 |
| 1. Caractéristiques socio-démographiques | 69 |
| 2. Cas particulier des résidences accueil : quelles sont les personnes accueillies ?..... | 74 |
| A. Des personnes présentant de troubles psychiques | 74 |
| B. Un dénominateur commun mais des profils très diversifiés | 74 |

| | |
|--|-----------|
| II - Le parcours résidentiel des personnes | 77 |
| 1. Parcours résidentiel antérieur à l'entrée en pension de famille | 77 |
| A. L'arrivée en pension de famille fait suite à une diversité de situations d'hébergement - logement | 77 |
| B. Cas particulier des personnes vivant en résidence accueil..... | 78 |
| C. La majorité des personnes a déjà eu un logement autonome | 78 |
| 2. Les raisons de leur arrivée en pension de famille | 81 |
| A. L'isolement de la personne est un facteur expliquant souvent l'orientation des personnes vers les pensions de famille | 82 |
| B. De nombreuses personnes sont orientées en pension de famille après un parcours en CHRS | 82 |
| C. Un accueil pertinent pour les personnes présentant des troubles psychiques ou en souffrance psychique.. | 83 |
| 3. Les sorties et les perspectives | 84 |
| A. Les pensions de famille sont avant tout un dispositif de logement pérenne | 84 |
| B. Une mixité de situations : un logement transitoire pour certains et durable pour d'autres | 84 |
| a) Un logement transitoire pour certains..... | 85 |
| b) Un logement durable pour d'autres..... | 86 |
| C. Diverses raisons motivent le projet de départ des personnes | 86 |
| a) L'autonomie et la stabilité retrouvées font émerger les projets de départ..... | 86 |
| b) Le souhait d'accéder à un « vrai logement » | 86 |
| c) Des départs liés à des comportements inadaptés, à une non adhésion au projet de la structure | 87 |
| d) Des sorties vers des structures répondant mieux aux nouveaux besoins de la personne..... | 88 |
| D. Des sorties vers le logement autonome se sont parfois soldées par un échec | 89 |
| E. Quel accompagnement proposé lors des sorties ?..... | 89 |
| a) Les axes d'accompagnement lors d'un projet de départ | 90 |
| b) Absence de partenariat avec des bailleurs sociaux..... | 91 |
| F. La question des sorties pour les résidents des résidences accueil | 91 |
| Partie 3 - Analyses thématiques | 93 |
| I - L'isolement..... | 95 |
| 1. Les origines de cet isolement | 95 |
| 2. Le cadre de vie de la pension de famille favorise le lien social | 98 |
| 3. L'intégration des résidents dans l'environnement de proximité est limitée | 99 |
| 4. Développement de la vie sociale des résidents : freins et leviers..... | 101 |
| II - Les personnes présentant des addictions..... | 105 |
| 1. Les réponses apportées par les pensions de famille | 105 |
| 2. L'accès aux soins et les partenariats engagés | 105 |
| 3. Cadre de vie semi-collectif et addictions..... | 107 |
| III - Les troubles psychiques et la souffrance psychologique..... | 111 |
| 1. Les manifestations de ces problématiques | 111 |
| 2. Les réponses apportées par les pensions de famille | 113 |
| 3. L'accès et la continuité des soins, partenaire indispensable du logement | 113 |
| 4. Un partenariat indispensable entre les pensions de famille et les services de soins spécialisés..... | 115 |
| 5. Les besoins des professionnels des pensions de famille | 118 |

| | |
|--|------------|
| IV - Le vieillissement et la perte d'autonomie | 123 |
| 1. Comment se manifeste le vieillissement ? | 123 |
| 2. Les réponses apportées | 123 |
| 3. Les difficultés et limites liées à la prise en compte du vieillissement | 126 |
| 4. Des pistes de réflexion et des initiatives engagées | 128 |
| Conclusion | 135 |
| Bibliographie | 139 |
| Liste des sigles | 141 |
| Liste des figures | 143 |
| Annexes | 146 |

»»» *Contexte de l'étude et méthodologie*



I - Contexte de la demande et objectifs de l'étude

1. Contexte de la demande

L'accueil, l'hébergement et l'insertion des personnes sans abri ou en grandes difficultés sociales, relèvent de la compétence de l'Etat. Ainsi, en lien avec les directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) et les directions départementales et de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP), la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) a pour mission d'organiser et de programmer l'offre d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion (AHI). Le dispositif AHI est destiné aux personnes en grande difficulté sociale nécessitant une aide globale pour leur permettre d'accéder au logement et de retrouver leur autonomie.

Depuis 2011, la DRJSCS du Centre souhaite s'appuyer sur une observation afin d'avoir une vision régionale et complète des populations accueillies au sein des dispositifs d'hébergement et de logement adapté relevant du Programme de financement "Prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables". L'objectif général est ainsi de mieux connaître les publics accueillis et leurs parcours individuels, notamment en matière de logement afin de construire avec les opérateurs des réponses adaptées aux problématiques identifiées.

Du fait du nombre important de places concernées, il a été choisi de procéder par étapes sur deux ans. Dans un premier temps, les usagers des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ont été interrogés en 2012. Cette première étape a eu pour objectif de tester la faisabilité de l'enquête et de conforter la méthodologie choisie. La seconde partie du processus, dont fait état ce rapport, concerne les personnes accueillies au sein des pensions de famille/maisons relais de la région.

2. Objectifs et axes d'analyse de l'étude

Les objectifs de cette enquête sont de mieux connaître les caractéristiques des publics accueillis dans les pensions de famille, d'appréhender leurs problématiques et leurs besoins, leurs parcours en matière de logement et d'avoir une meilleure perception des spécificités d'accueil des structures, de leur fonctionnement et de l'accompagnement proposé.

Trois grands axes d'analyse ont été définis :

- * Mieux connaître les caractéristiques des personnes accueillies afin de dresser une photographie de la population présente dans les pensions de famille un jour donné : caractéristiques socio-démographiques, formation et situation professionnelle, santé et accompagnement social, parcours résidentiel, projections dans l'avenir.
- * Mieux connaître les pensions de famille : les missions auprès des résidents, l'organisation interne, les partenariats mis en place, etc.
- * Le dernier axe porte sur l'identification des principales problématiques des résidents : les manifestations de ces problématiques, les réponses apportées, les leviers et les limites à la prise en charge de ces problématiques.

L'approche quantitative a été réalisée de façon à recueillir les informations par résident et non pas de façon globalisée. Le questionnement par individu permet d'appréhender les parcours individuels et de pouvoir mettre en évidence les expériences antérieures des résidents dans les dispositifs d'hébergement et de logement, les ruptures vécues dans les parcours des personnes accueillies. L'approche qualitative permet une analyse complémentaire des questionnements en cherchant à connaître les perceptions des professionnels travaillant au quotidien avec les résidents des pensions de famille, sur leurs parcours et leurs problématiques mais également en s'interrogeant sur leur propre travail et missions auprès d'eux. La plus-value de cette étude est d'avoir associée ces deux types d'approches et permet de fournir des résultats jusqu'alors inexistant au niveau régional.

3. Présentation des pensions de famille

A. Historique des pensions de famille

En 1997, un programme expérimental est lancé par l'Etat sur les pensions de famille pour proposer une offre alternative de logement pour les personnes en situation de grande exclusion. L'évaluation de cette expérimentation s'avéra « *positive tant dans ses dimensions sociales qu'économiques* ». [1]

Aussi, en 2002, le dispositif de maisons relais est créé par la circulaire du 10 décembre 2002¹ qui reste aujourd'hui encore le texte de référence en la matière. Le développement des maisons relais est **généralisé à l'ensemble du territoire national** : 5 000 places doivent être alors créées dans les 5 ans. Par ailleurs, la circulaire précise que « *l'implantation des projets s'inscrit dans une analyse des besoins relevant des plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD)* » [1].

Depuis, le dispositif a acquis une véritable reconnaissance dans le champ du logement adapté et plusieurs lois/circulaires successives viendront mettre l'accent sur le développement des places en pensions de famille :

- **La loi de programmation pour la cohésion sociale du 18 janvier 2005² prévoit une montée en charge** du dispositif avec le financement de 4 000 places en maisons relais d'ici 2007. [2, 3]
- **En 2008**, Monsieur Fillon alors premier ministre annonce le lancement du **Grand chantier prioritaire 2008-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans-abri** dans lequel il confirme l'engagement de l'Etat dans le développement des maisons relais qui ont « *fait preuve de leur utilité et rencontrent un intérêt croissant* ». **L'objectif est alors d'atteindre d'ici 2012 et au niveau national, 12 000 places ouvertes en maison relais.** Pour la région Centre, qui fin 2007 disposait de 138 places en maisons relais, l'objectif était alors d'atteindre 390 places. [4, 5]
- Rapidement, dans le cadre du **plan de relance relatif à l'hébergement lancé début 2009**, l'objectif de création de places en maison relais est revu à la hausse, passant de 12 000 à 15 000 places ouvertes au 31 décembre 2011, soit un objectif de 487 places pour la région Centre. [6]
- **Le 10 novembre 2009**, Benoist Apparu, secrétaire d'Etat en charge du logement et de l'urbanisme, a présenté **la stratégie française de prise en charge des personnes sans-abri ou mal logées.** Elle représente une nouvelle étape dans la mise en œuvre du Chantier national prioritaire pour 2008-2012 et a pour but de refonder le dispositif d'hébergement et d'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées.

La stratégie du « logement d'abord » est un axe majeur de la refondation de la politique d'hébergement et d'accès au logement. Elle vise à améliorer le service rendu aux personnes privées de logement personnel. Il s'agit de **favoriser, autant que possible, l'accès direct à un logement pérenne, adapté** et avec un accompagnement social chaque fois que nécessaire. L'accès au logement peut légitimement être considéré, comme un point de départ, et non d'arrivée, d'un parcours d'insertion.

La circulaire du 13 janvier 2012³ relative à la mise en œuvre opérationnelle du logement d'abord met l'accent sur trois actions prioritaires dont la poursuite du développement des pensions de famille. Cette circulaire indique que « *l'ambition quantitative ne doit pas faire oublier les exigences qualitatives* » en faisant notamment référence à la définition du public visé par la circulaire de 2002 et rappelant le principe de logement pérenne. [7]

¹ Circulaire DGAS/SDA n°2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais

² Loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale

³ Circulaire N°CABINET/2012/04 du 13 janvier 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle du logement d'abord

B. Caractéristiques des pensions de famille

Le dispositif des pensions de famille repose sur plusieurs principes, notamment décrits dans la circulaire du 10 décembre 2002 [1] :

➤ Un logement adapté et durable

Les pensions de famille s'inscrivent dans une logique d'**habitat durable, sans limitation de durée**. « *Il ne s'agit pas d'un logement temporaire, ni d'une étape supplémentaire dans les parcours. La vocation des pensions de famille est d'accueillir de façon pérenne les personnes qui ne sont pas en situation d'accéder à un logement autonome* ». [7]

A ce titre, les résidents s'acquittent d'une redevance qui comprend notamment le loyer. En pension de famille, les résidents ouvrent droit à l'aide personnalisée au logement (APL).

➤ Un cadre de vie semi-collectif chaleureux et convivial

Cette forme d'habitat associe d'une part, **des logements privés** entièrement équipés pour permettre aux résidents d'avoir un minimum d'autonomie et d'intimité, d'autre part **des espaces collectifs** (cuisine, salle à manger, jardin, etc.) favorisant la convivialité et les relations de la vie quotidienne entre les résidents, les hôtes et les personnes extérieures. **De taille volontairement réduite**, de 10 à 25 places, il est souhaité que les pensions de famille se rapprochent « *le plus possible du mode de fonctionnement et de vie d'une maison ordinaire* ». [1]

➤ La présence d'un professionnel au quotidien

Ce professionnel, appelé hôte, « *jouent un rôle primordial d'animation et de régulation de la vie quotidienne de la maison* ». Cet ou ces hôte(s) tiennent un rôle pivot dans la dynamique de la maison au regard des missions qui leur sont confiées :

- * définir, en concertation avec les résidents, les modalités de la vie collective,
- * animer les espaces et les temps communs à tous les résidents (réunions périodiques, activités communes, animations, etc.),
- * faciliter les relations entre les résidents,
- * être à l'écoute pour pouvoir faire face aux difficultés d'ordre individuel ou collectif.

Les hôtes doivent également favoriser l'ouverture de la pension de famille vers le quartier et l'environnement local. Ils jouent aussi un rôle d'interface avec les services sociaux et sanitaires. En effet, les personnes accueillies « *qui au demeurant ne nécessitent pas forcément un accompagnement social lourd* » peuvent continuer à être accompagnées par les services sociaux et sanitaires extérieurs.

Les hôtes peuvent également remplir « *des tâches de gestion locative* » (admission de nouveaux résidents, surveillance et maintien du bon entretien des logements et des espaces collectifs, perception de la redevance, suivi des plans d'apurement, etc.).

La circulaire de 2002 précise que compte tenu du rôle de l'hôte, « *il n'est pas envisageable que son temps de travail journalier soit inférieur à la demi-journée* ». [1]

OBJECTIFS DES PENSIONS DE FAMILLE

Les pensions de famille constituent une forme d'habitat adapté et durable pour répondre aux besoins des personnes à faible niveau de ressources, en situation d'isolement ou d'exclusion sociale et qui se trouvent dans l'incapacité d'intégrer à court terme un logement ordinaire.

Elles doivent permettre « une réadaptation à la vie sociale dans un environnement chaleureux et convivial, dans la perspective de leur faire retrouver tous les aspects de la citoyenneté ». [1]

Les pensions de famille sont un logement durable, sans limitation de durée, qui allie des appartements privés et des espaces collectifs, avec la présence d'un « hôte » qui assure une présence quasi-quotidienne auprès des résidents.

Elles représentent une modalité particulière de résidence sociale qui relèvent par conséquent, non pas du secteur du social ou médico-social, mais du secteur du logement et plus particulièrement de l'article L301-1 du Code de la Construction et de l'Habitat (et non du Code de l'Action Sociale et des Familles comme les CHRS par exemple).

➤ Un lieu de vie ouvert sur l'extérieur et intégré à son environnement

Le projet social de la pension de famille doit viser son intégration dans l'environnement social (voisinage, mairie, structures d'animation et de loisirs, etc). La situation géographique de la pension de famille a toute son importance, elle doit ainsi être située « *plutôt en centre-ville ou en centre-bourg, à proximité des commerces, orientées sur la vie du quartier et offrant une liaison aisée avec les services sociaux de secteur* ». Penser l'intégration de la structure dans son environnement, c'est permettre aux personnes accueillies de « *redevenir des citoyens insérés dans un quartier, dans une commune à la vie desquels ils peuvent participer* ». [1]

C. Le public des pensions de famille

La circulaire du 10 décembre 2002, texte fondateur des pensions de famille indique que celles-ci sont destinées à « *l'accueil de personnes à faible niveau de ressources, dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde, et dont la situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend impossible à échéance prévisible leur accès à un logement ordinaire* ». [1]

Les pensions de famille s'adressent de manière privilégiée aux **personnes fréquentant ou ayant fréquenté de façon répétitive les structures d'hébergement provisoire** et qui ne relèvent pas de structures d'insertion de type CHRS ou d'un logement autonome.

Le principe de mixité sociale est aussi au cœur du dispositif ; les personnes accueillies « *devront présenter, autant que possible, des profils et des parcours suffisamment variés pour dynamiser la vie sociale interne à l'établissement et favoriser son ouverture sur l'extérieur* ». [1]

La définition du public donnée par la circulaire de 2002 sera très souvent rappelée dans les différents textes qui suivront.

- Il est notamment mentionné que les pensions de familles « *n'ont pas vocation à accueillir des familles, lesquelles relèvent davantage de résidences sociales ordinaires [...]. Elles ne sont pas non plus destinées particulièrement aux personnes âgées ou handicapées, à l'exception des résidences accueil logeant des personnes atteintes de troubles psychiques.* » [7]
- Les projets ou expérimentations qui ciblent un public spécifique (familles monoparentales, jeunes en errance, handicapés psychiques, femmes victimes de violence, immigrés vieillissants,...) n'ont pas vocation à obtenir un agrément pensions de famille. [3]
- Les pensions de famille ne doivent pas « *se substituer à d'autres dispositifs d'hébergement ou de logement adapté destinés à des publics défavorisés (les résidences sociales par exemple).* » [4]

En 2006, le comité interministériel de lutte contre les exclusions lance l'expérimentation de pensions de famille dédiées à deux catégories de publics spécifiques : les publics souffrant de handicaps psychiques (on parle alors de résidence accueil) et les personnes vieillissantes.

La circulaire du 27 août 2008 relative à la création des pensions de famille indique que « *la part des résidences accueil, destinées aux personnes ayant un handicap psychique, ou de maisons relais destinées à des personnes vieillissantes, est laissé à votre appréciation au regard des besoins constatés* ».

Les pensions de famille pour personnes vieillissantes

L'expérimentation de ces structures fait suite à des observations de gestionnaires de pensions de famille "classiques" qui sont confrontés au vieillissement parfois prématuré d'un nombre important de leurs résidents. Cette expérimentation avait pour objectif :

- « Adapter les maisons relais actuelles pour permettre d'y maintenir aussi longtemps que possible les résidents en titre, dont l'âge et l'état de santé, ne leur permettent plus de vivre de façon autonome en prévoyant des liens organisés avec les réseaux gérontologiques » (services de soins infirmiers à domicile, d'hospitalisation à domicile, équipes mobiles de soins palliatifs ou d'accompagnement à la fin de vie) ;

- « Elargir le dispositif aux publics sans domicile fixe ou issus de CHRS » [8].

Les résidences accueil

Le plan « Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 » fait état du manque de solution d'hébergement adaptée à des personnes handicapées psychiques, en situation de précarité et d'exclusion. « Faute de logement, de nombreuses personnes souffrant de troubles psychiques demeurent hospitalisées ou se retrouvent, à leur sortie, sans solution adaptée d'hébergement ». Les résidences accueil ont alors été envisagées comme une alternative. [9]

Les résidences accueil s'adressent aux personnes **ayant un handicap psychique, dont l'état de santé est suffisamment stabilisé et le niveau d'autonomie suffisant pour leur permettre de vivre en habitat semi-collectif**. L'accueil n'est pas conditionné par la reconnaissance du handicap par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

Les résidences accueil, qui restent une modalité des pensions de famille, ont cependant des modalités de fonctionnement spécifiques :

- Disposer d'un personnel qualifié : « compte tenu de la fragilité des publics accueillis mais aussi de la nécessité de la continuité des soins, le personnel travaillant dans ces structures, doit avoir une qualification particulière pour gérer, voire anticiper d'éventuelles situations de crises. Et ce bien au-delà d'une mission d'animation, de restauration du lien social ou de régulation de la vie quotidienne telle que celle confiée aux hôtes des maisons relais "classiques" ».

- Intégrer systématiquement un accompagnement et un suivi sanitaire et social des publics accueillis en organisant des partenariats avec les secteurs de psychiatrie, les équipes mobiles de psychiatrie, les centres médico-psychologiques (CMP), les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah), les services sociaux, etc. [8]

II - Méthodologie de l'étude

Un comité de pilotage a été mis en place, composé de la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars), de l'Union régionale interfédérale des organismes privés sanitaires et sociaux (Uriopss), de l'Agence régionale de santé (ARS), de la Direction départementale de la cohésion sociale du Loiret (DDCS45), de la DRJSCS, du Creai et de l'ORS.

Il s'est réuni aux différentes étapes de l'étude afin de nourrir et favoriser les échanges notamment pour la définition de la population de l'étude et la validation de la méthodologie.

1 - Calendrier de l'étude

| Calendrier | Etapes |
|-------------------|--|
| 11 mars 2013 | Comité de pilotage : - Elaboration de la méthodologie de l'enquête |
| Mars/Avril 2013 | Elaboration des outils de l'enquête : - Construction des questionnaires (résident, structure et hôte) - Réalisation d'un guide méthodologique - Création d'une application dédiée à la saisie - Réalisation de 3 entretiens exploratoires |
| 2 mai 2013 | Comité de pilotage : - Validation de la méthodologie, des questionnaires et de la grille d'entretien |
| Mi-mai 2013 | Test de l'enquête : Test des outils (questionnaires, guide et application en ligne) auprès de 3 pensions de famille |
| 27 mai 2013 | Comité de pilotage : - Présentation des résultats suite au test - Validation des outils définitifs de l'étude |
| 7 juin 2013 | Présentation officielle de l'étude : Présentation de la démarche et de la méthodologie aux professionnels des pensions de famille |
| 18 juin 2013 | Lancement de l'étude : Auprès de l'ensemble des pensions de famille de la région Centre |
| 11 octobre 2013 | Comité de pilotage : Présentation des premiers résultats de l'exploitation des questionnaires |
| 15 octobre 2013 | Présentation officielle des résultats : Auprès de l'ensemble des opérateurs de la région Centre |

1. Modalités de l'enquête

Afin de répondre aux objectifs de l'étude, deux types d'approches ont été privilégiés : une phase d'enquête quantitative (par questionnaires) et une phase qualitative (par entretiens semi-directifs).

En amont de la déclinaison des deux phases de l'enquête, qualitative et quantitative, un travail exploratoire a été mené. Il s'est traduit par un travail de recherche bibliographique et la réalisation de trois entretiens exploratoires réalisés auprès de trois pensions de famille identifiées par la Fnars et l'Uriopss en avril/mai 2013. Ce travail a permis d'affiner à la fois le champ de l'étude et le contenu des outils de recueil de données (questionnaires, grille d'entretien).

A. Approche quantitative

Le choix de l'enquête "un jour donné" a été privilégié afin d'avoir une vision la plus exhaustive possible des résidents présents dans les pensions de famille. Ainsi, toutes les personnes majeures accueillies, présentes dans les établissements le 18 juin 2013, ont été sollicitées pour répondre au questionnaire.

a) Elaboration des questionnaires

Afin de répondre aux objectifs de l'étude, trois questionnaires ont été élaborés :

- × **un questionnaire "résident"** : ce questionnaire anonyme, a été renseigné par tout résident majeur présent le jour de l'enquête. Composé de 34 questions, il porte sur la vie personnelle et familiale du résident, le niveau scolaire et sa situation professionnelle, ses ressources, sa santé et son accompagnement social, ses relations sociales, sa situation avant l'admission dans la structure, sa situation par rapport au logement, les améliorations constatées depuis son arrivée et son orientation à venir par rapport à l'hébergement/logement (*voir ce questionnaire en annexe 1*). Les réponses des résidents à ces différentes questions permettront d'avoir des éléments concernant leur profil et leur parcours, au regard de leurs propres perceptions des événements.
- × **un questionnaire "structure"** : ce questionnaire, anonyme, a été renseigné pour chaque structure. Comportant 38 questions, il a pour objectif de mieux connaître la structure d'accueil grâce à des questions sur leur organisation, les public(s) accompagné(s), les conditions d'admissions, les activités proposées et partenariats et les orientations réalisées (*voir ce questionnaire en annexe 2*).
- × **un questionnaire "hôte"** : ce questionnaire, anonyme, était à destination des professionnels ayant une fonction d'hôte au sein des pensions de famille. Composé de 12 questions, son objectif est de mieux connaître ces professionnels grâce à des questions sur leurs caractéristiques socio-professionnelles ainsi que leurs missions au sein des structures (*voir ce questionnaire en annexe 3*).

b) Test des questionnaires

Une fois finalisés, les questionnaires ont fait l'objet d'un test en "conditions réelles", un jour donné, auprès de trois établissements. Ce test était une étape indispensable afin de s'assurer de la bonne compréhension des questions par les différents publics et les structures, afin de procéder à d'éventuels ajustements. Ces questionnaires étant à remplir sur une application informatique dédiée, cette étape a également permis de tester la fonctionnalité de la mise en ligne des questionnaires.

Ce test a montré que les temps de passation estimés étaient respectés et n'étaient pas jugés trop longs par les personnes ayant répondu aux questionnaires. Sur le contenu en lui-même, les structures n'ont pas signalé de difficulté de compréhension. Le remplissage en ligne a été défini comme assez simple et intuitif.

c) Déroulement de la passation des questionnaires

Organisation préalable

Une réunion régionale, regroupant les responsables et professionnels des structures concernées par l'enquête, a été organisée avant son lancement. Cette réunion avait pour objectif de présenter la méthodologie ainsi que le rôle des professionnels des pensions de famille dans son déroulement.

Afin de s'assurer des meilleures conditions de passation possibles et de la bonne compréhension des questionnaires, un guide d'aide au remplissage des questionnaires a été rédigé à l'attention des professionnels. Ce document comportait un rappel du contexte et des objectifs de l'étude, présentait les questionnaires et l'application en ligne ainsi que des consignes de passation. Ces dernières avaient pour objectif de garantir une certaine homogénéité des conditions de réalisation de l'étude au sein des différentes structures.

La passation des questionnaires

Les résidents présents le 18 juin 2013 au sein des structures devaient être destinataires d'un questionnaire. Un délai a été donné pour pouvoir réaliser cette tâche. La passation des questionnaires auprès des usagers pouvait se dérouler entre les 12 et 25 juin 2013.

Il était conseillé aux professionnels d'accompagner le résident dans le remplissage du questionnaire, afin de s'assurer de la bonne compréhension des questions et d'être auprès de lui si ces dernières engendraient un trouble (retour sur des périodes douloureuses de sa vie).

Le retour des questionnaires à destination des structures et des hôtes a été demandé pour la même date butoir.

d) Saisie des questionnaires et nettoyage de la base de données constituée

Dans le but de faciliter le remplissage des questionnaires et de limiter les erreurs de saisie, les questionnaires étaient à saisir en ligne sur un site dédié protégé. Chaque établissement disposait d'un lien personnalisé et d'un mot de passe propre pour chaque type de questionnaire.

Une grande majorité des structures a saisi directement en ligne (24 sur 30). Les derniers questionnaires envoyés en version papier ont été saisis mi-août 2013, le travail de relance ayant été plus long que prévu du fait des congés d'été.

Une fois l'ensemble des questionnaires saisis, une période de validation et de recodage a été effectuée afin de s'assurer de la qualité des données. De nouvelles variables ont également été créées à partir des questions et les modalités de réponses « Autre » ont été recodées.

B. Approche qualitative

a) Objet et population cible

L'enquête qualitative a été réalisée à partir d'entretiens semi-directifs avec pour objet de recueillir des informations (opinions, ressentis, propositions) auprès des professionnels des pensions de famille sur les thématiques suivantes :

- × L'organisation de la structure,
- × L'accompagnement proposé au sein des pensions de famille et les partenariats instaurés,
- × Les publics accueillis, leurs parcours, leurs problématiques,
- × Les impacts de l'accueil en pensions de famille.

Initialement, les entretiens devaient être menés à la fois auprès des professionnels assurant la fonction d'hôte et auprès des responsables de service ou membres de la direction. Néanmoins, du fait de contraintes budgétaires, le nombre d'entretiens réalisé a dû être réduit au nombre 10. Aussi, le comité de pilotage a fait le choix d'interviewer exclusivement les professionnels assurant la fonction d'hôte afin de recueillir la perception de ceux qui accompagnent au quotidien les résidents.

Les dix structures ont été sélectionnées de façon aléatoire. Le tirage au sort a été réalisé à partir de la liste régionale des pensions de famille fournie par la DRJSCS et mise à jour par l'ORS et le Creai, à partir des données extraites de Finess et de différents échanges avec les opérateurs.

b) Déroulement des entretiens

La prise de rendez-vous a été réalisée par téléphone puis confirmée par mail. Les entretiens se sont déroulés sur site du 1^{er} au 16 juillet 2013. La durée moyenne des entretiens est d'1 heure et 50 minutes.

Les entretiens ont été conduits à partir d'une grille d'entretien validée par le comité de pilotage (voir la grille en annexe 4). Ils ont été réalisés auprès d'un, deux ou trois professionnels selon les structures. Dans deux structures, les responsables de services ou direction étaient présents.

c) Analyse des entretiens

Tous les entretiens, dont les trois menés dans le cadre de la phase exploratoire, ont intégralement été enregistrés et retranscrits pour en permettre l'analyse. Au préalable, l'accord des personnes interviewées a été sollicité. L'anonymat des propos et la confidentialité des données ont été assurés.

L'analyse des données a été réalisée de façon thématique.

III - Etat de la participation à l'enquête

1. Participation à l'enquête par questionnaire

La totalité des pensions de famille de la région Centre a participé à l'enquête par questionnaires, soit 30 sites :

2 - Liste des pensions de famille ayant participé à l'étude

| Département | Gestionnaire | Structure |
|-----------------------|---------------------------|--|
| Cher | Adoma | Pension de famille Paul Gauguin |
| | Espoir 18 | Résidence accueil La Clairière |
| | Le Relais | Maison relais "Le Relais" |
| | Saint-François | Maison relais Saint-François |
| Eure-et-Loir | Adoma | Maison relais Adoma |
| | ALVE | Résidence accueil "Résidence Martial Taugourdeau" |
| | Co.A.T.E.L | Maison relais du Co.A.T.E.L |
| Indre | CCAS | Maison relais Saint-Jean |
| | Antin Résidence | Maison relais Antin Résidence |
| | Solidarité accueil | Maison relais des marins |
| Indre-et-Loire | Adoma | Maison relais Adoma |
| | Clos Ravi | Pension de famille "Le Hameau St Michel" |
| | Croix Rouge | Pension de famille Anne de Beaujeu |
| | Entr'aide Ouvrière | Maison relais Germaine Dolbeau |
| | Ficosil | Maison relais La Bazoche |
| | Mutualité Française | Maison relais de la Mutualité |
| Loir-et-Cher | ASLD | Maison relais des deux rives (Blois/St Gervais-la-Forêt) |
| | ASLD | Maison relais ASLD (Vendôme/Champigny-en-Beauce) |
| | ASLD | Résidence accueil ASLD |
| | Association Bio-solidaire | Maison relais Les Soleillades |
| | Emmaüs | Maison relais Emmaüs |
| Loiret | Adoma | Maison relais Adoma |
| | Aidaphi | Maison relais Montargis |
| | Aidaphi | Maison relais Briare |
| | Aidaphi | Maison relais "Les cèdres bleus" |
| | Aidaphi | Maison relais d'Olivet |
| | Adoma | Maison relais Adoma |
| | Imanis | Pension de famille Montargis |
| | Imanis | Pension de famille Pithiviers |

* Pour le détail des sigles utilisés, voir en page 139.

2. Retour des questionnaires

349 questionnaires "résident" ont été complètement renseignés. 49 personnes ont refusé d'y répondre ou n'étaient pas en mesure de le faire (hospitalisation, vacances, etc.). Cependant, afin d'avoir une vision complète des caractéristiques générales du public accueilli, il avait été demandé aux personnels des pensions de famille de renseigner les premières questions (état civil des résidents). Pour 19 autres personnes ces quelques informations n'ont pas été renseignées.

Trente questionnaires "structure" ont été renseignés, soit la totalité des établissements ; et 49 questionnaires "hôtes" sur les 50 professionnels recensés (personne manquante en congé maternité).

Dans le questionnaire à destination des structures, le nombre de personnes présentes au jour de l'enquête était demandé. **418 personnes majeures ont ainsi été concernées par l'enquête. Si l'on considère le nombre de questionnaires totalement renseignés, cela correspond à un taux de réponse de 83,5 %.**

Des raisons ont été identifiées pour expliquer la part de résidents non interrogée :

- ✕ les deux majeures étant des refus de la part des résidents puis des personnes hospitalisées ;
- ✕ des personnes absentes de la structure (en vacances, dans de la famille) ;
- ✕ des personnes en incapacité de répondre du fait de leur état psychique ;
- ✕ enfin, quelques résidents n'ont pas été sollicités pour répondre à l'enquête du fait d'un manque de personnel dans certaines structures pour interroger l'ensemble des résidents.

Malgré ces éléments, il est important de signaler que l'ensemble des établissements a participé à l'enquête, ce qui permet de garantir une bonne représentativité des publics accueillis au niveau régional.

3. Participation à l'enquête par entretien

Des entretiens ont été réalisés auprès de 13 pensions de famille (dont 3 rencontrées lors de la phase exploratoire) qui présentent des caractéristiques diverses :

- L'ensemble des départements de la région Centre est représenté,
- Les 13 pensions de famille sont portées par 11 opérateurs différents,
- Les structures sont de tailles diverses
- Elles sont situées en milieu urbain ou en périphérie de villes moyennes,
- Deux structures sont des résidences accueil.

Au total, 25 professionnels ont été rencontrés. En général, deux professionnels participaient à l'entretien. Aucune structure n'a refusé de participer à ces entretiens et tous les professionnels ont fait part d'une grande disponibilité à l'occasion des entretiens.

IV - Analyse des données recueillies

1. Utilisation des termes spécifiques pour la rédaction du rapport

➤ Pension de famille ou maison relais ?

Les textes législatifs ont utilisés au fil du temps deux dénominations différentes qualifiant le même dispositif : pension de famille et maison relais. Aujourd'hui, les deux termes sont couramment utilisés par les opérateurs et les professionnels. Néanmoins, afin de faciliter la lecture de ce document, nous avons décidé d'utiliser une seule appellation, celle en vigueur dans les derniers textes législatifs à savoir « pension de famille ».

Dans ce rapport, lorsque le terme « pension de famille » est utilisé, il fait référence à toutes les structures y compris les résidences accueil. Parfois, le terme "pension de famille classique" est utilisé et concerne dans ce cas toutes les structures hormis les résidences accueil.

➤ Hôte ?

La circulaire DGAS/SDA n°2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux pensions de famille nomme les professionnels intervenant auprès des résidents sous le terme « hôtes » ou « couples d'hôtes ». Ce terme est dans la réalité peu utilisé par les professionnels eux-mêmes et les opérateurs. Ce terme leur apparaît trop restrictif et éloigné de leurs fonctions. Diverses dénominations sont utilisées : maîtresse de maison, coordinateur de vie, etc. Beaucoup ont néanmoins des difficultés à trouver un terme correspond à leur fonction ; ils utilisent alors le terme « *travailleur social* » ; « *responsable* » ou se présente en indiquant « *avoir en charge / travailler à la pension de famille* ».

Par conséquent, nous avons choisi de limiter l'usage de ces termes dans ce rapport et de privilégier ceux de "professionnels" ou d'"équipes".

2. Articulation du rapport

Ce rapport se décompose en trois grandes parties suivants les axes explicités dans la partie précédente. Les résultats des deux méthodes (quantitative et qualitative), sont présentés conjointement afin de favoriser la lisibilité et d'avoir une appréhension globale du sujet de l'étude.

L'ensemble des résultats quantitatifs produits ont fait l'objet de tests statistiques permettant de vérifier si les croisements opérés sont analysables. Le test du χ^2 et le test exact de Fisher (en cas de faibles effectifs) sont utilisés pour les variables qualitatives et le test de Student pour les variables quantitatives. Ces tests permettent de montrer que les différences constatées sont significatives d'un point de vue statistique et qu'il existe bien un lien entre les variables. Le seuil d'erreur est fixé à 5 %⁴.

⁴ Pour que le résultat soit significatif, la probabilité critique obtenue doit être inférieure à ce seuil ($p < 0,05$). Afin de ne pas alourdir la lecture des résultats, ces probabilités ne sont pas indiquées pour chaque croisement de variables effectué.

Partie 1

»»» Etat des lieux des pensions de famille en région Centre

Cette partie présente une description des pensions de famille de la région Centre : la répartition géographique des places, la configuration de l'habitat, le profil des équipes et leurs missions, les démarches d'orientation et d'admission.



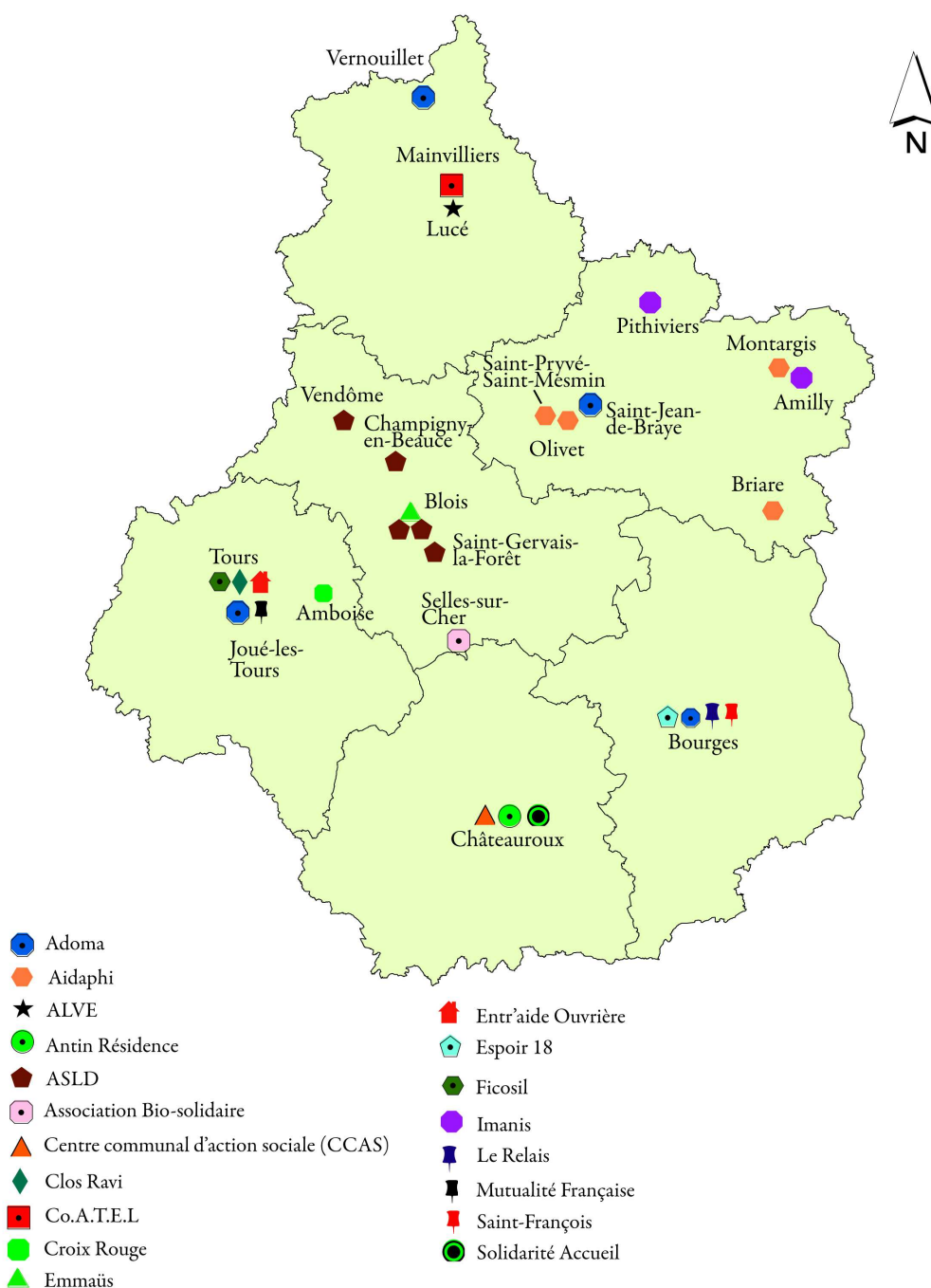
I - Panorama des pensions de famille en région Centre

1. Présentation des pensions de famille

19 établissements représentant 30 sites ont participé à l'enquête, soit l'ensemble des pensions de famille de la région Centre. Un questionnaire "structure" a été renseigné par les 30 pensions de famille et portait sur leurs caractéristiques au jour de l'enquête, le 18 juin 2013.

Parmi les réponses, on compte : 24 pensions de famille "classique", 3 pensions de famille spécialisées pour les personnes vieillissantes et 4 résidences accueil.

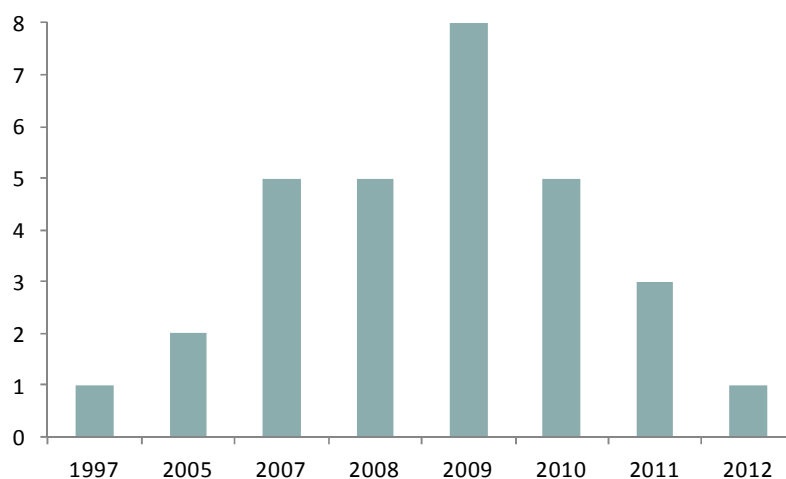
3 - Localisation des pensions de famille en région Centre par gestionnaires



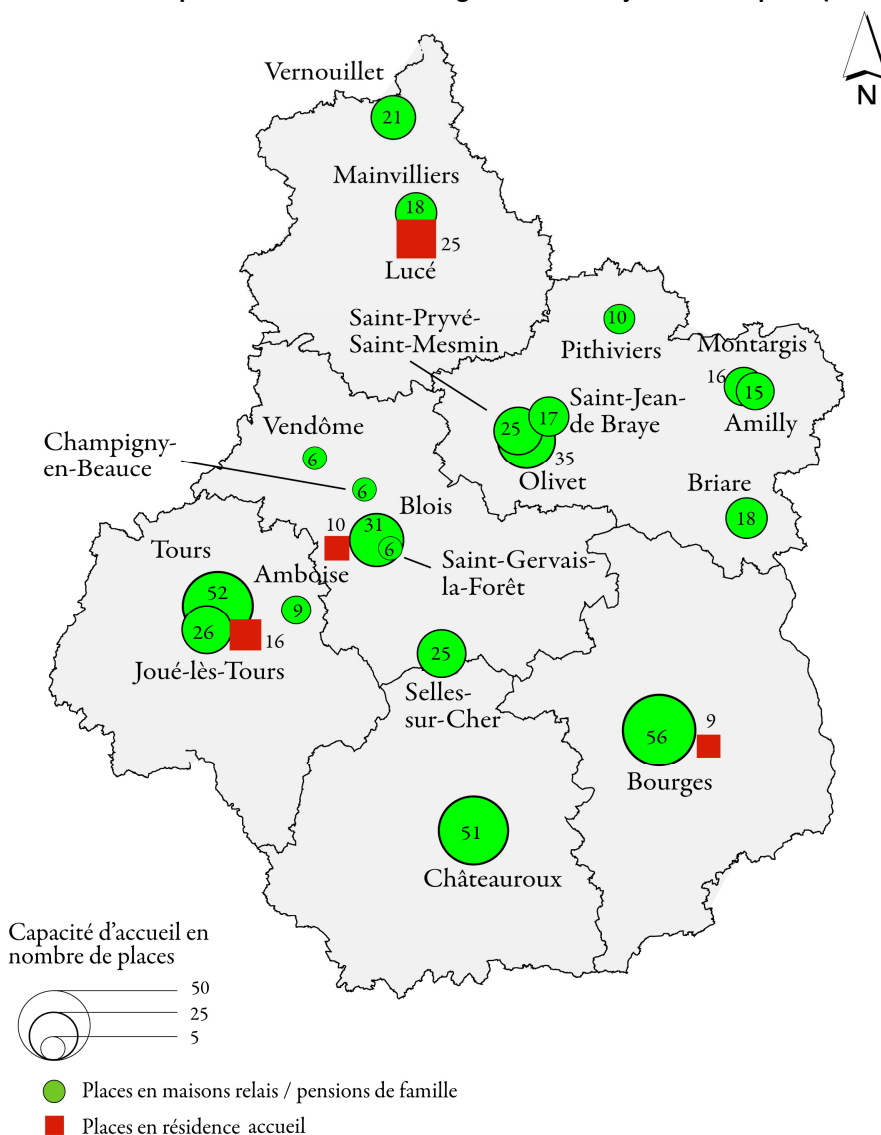
En région Centre, les pensions de famille sont gérées par 19 gestionnaires différents, **principalement des associations spécialisées dans l'insertion, l'hébergement et le logement adapté**. Elles gèrent ainsi en parallèle d'autres dispositifs tels que des accueils de jour, des CHR, des résidences sociales, des hébergements d'urgence, des services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO), des services d'intermédiation locative (IML), etc. **Les structures gestionnaires des résidences accueil sont quant à elles principalement des associations intervenant dans le champ médico-social**. Assurant déjà la gestion de dispositifs comme les Samsah, les SAVS, les groupes d'entraides mutuelles (GEMS), ces structures ont une expertise de l'accompagnement des personnes handicapées et notamment des personnes présentant un handicap psychique. **Le dispositif pension de famille vient donc compléter une palette d'outils déjà existants**.

Une première structure a ouvert ses portes lors de l'expérimentation du dispositif en 1997 mais son développement en région Centre a vraiment pris son essor entre 2007 et 2010, période pendant laquelle 23 structures ont ouvert (pour le rapport de l'historique et des lois relatives à ce dispositif, voir page 14).

4 - Année d'ouverture des structures (en nombre)



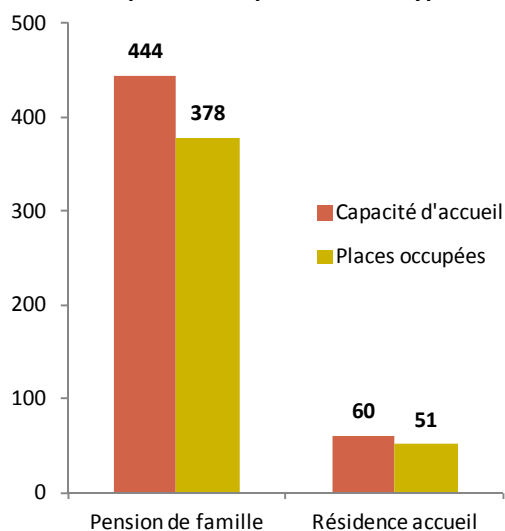
5 - Capacité d'accueil des pensions de famille en région Centre au jour de l'enquête (en nb de places)



Source : Enquête «Maison relais / Pension de famille» 2013
Exploitation ORS Centre / Creai Centre

Tous les départements de la région Centre sont dotés de pensions de famille. Par contre, deux départements, le Loiret et l'Indre, sont dépourvus de résidence accueil.

6 - Capacité d'accueil et places occupées selon le type d'accueil (en nombre)



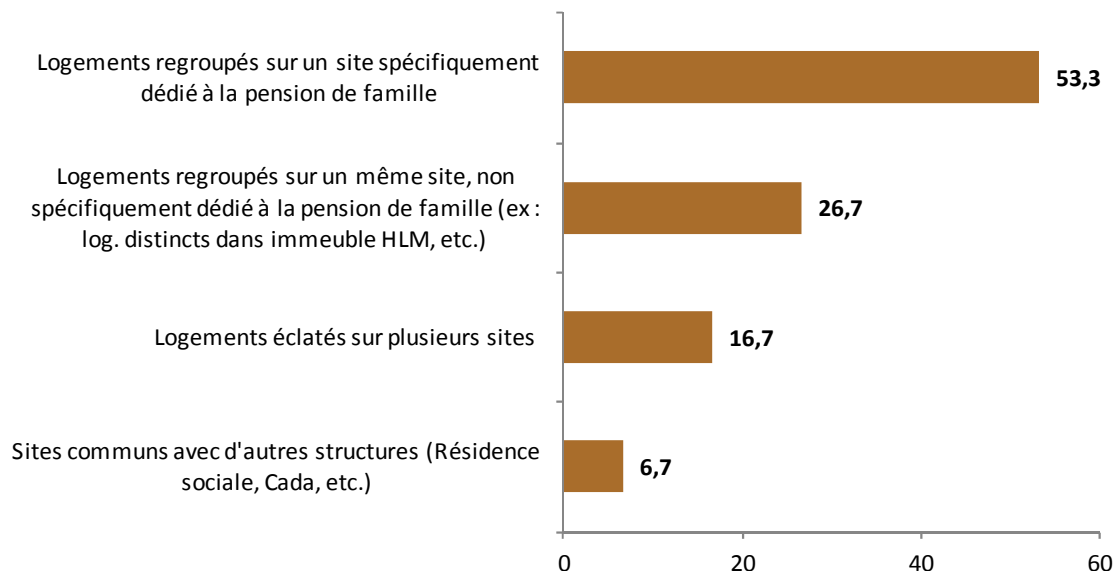
La capacité d'accueil en places de pension de famille au jour de l'enquête était de 444 places et 378 personnes étaient effectivement accueillies ce même jour dans les structures.

Les places en résidence accueil étaient au nombre de 60 dont 51 étaient occupées au jour de l'enquête.

2. Configuration de l'habitat des pensions de famille

Des pensions de famille principalement fondées sur un site dédié

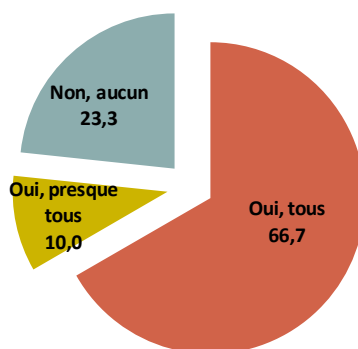
7 - Configuration de la pension de famille (en %)



Dans plus de la moitié des cas, les logements de la pension de famille sont regroupés sur un site spécialement dédié à la structure. La deuxième configuration la plus rencontrée est de disposer de logements regroupés sur un même site mais qui n'est pas spécifiquement dédié à la pension de famille. Cela peut prendre la forme de plusieurs logements distincts situés dans un même immeuble HLM par exemple (graphique 7).

Plus des deux tiers des logements sont entièrement équipés

8 - Part des logements équipés d'une kitchenette et d'une salle de bain individuelles (en %)



Pour les deux tiers des pensions de famille, les logements sont équipés d'une kitchenette et d'une salle de bain individuelles. Plusieurs professionnels rencontrés mettent en avant l'importance de proposer des logements entièrement équipés étant sur un dispositif de logement pérenne. D'ailleurs, la circulaire du 10 décembre 2002 précise que les logements doivent être « équipés pour permettre aux pensionnaires d'avoir un minimum d'autonomie. » [1]. Il est pour autant important de souligner que plusieurs pensions de famille de la région sont actuellement sur des projets dits « transitoires » où l'objectif est dans l'avenir de disposer de locaux plus adaptés.

Suite aux échanges avec les professionnels lors des entretiens, il apparaît que **les logements proposés sont principalement des T1 et parfois des chambres situées dans des appartements partagés**. Très fréquemment, les pensions de famille disposent d'un ou deux T1bis ou T2 destinés à l'accueil de personnes vivant en couple. Ayant peu de demande d'admission par des couples, les professionnels enquêtés indiquent que de fait ces appartements sont soit non utilisés ou bien occupés par des personnes seules après accord des DDCS ou DDCSPP.

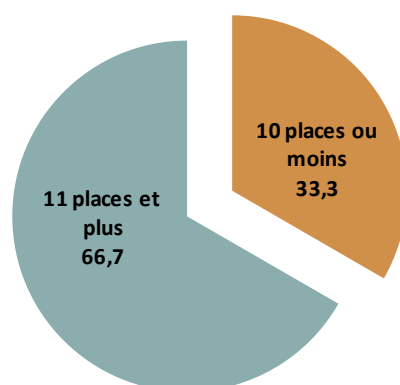
D'après les entretiens, la majorité des logements au sein des pensions de famille sont meublés.

La moitié des structures (50 %) a déclaré que les résidents pouvaient accueillir dans leur logement des personnes de leur entourage pour y séjourner quelques jours (enfants, famille, amis, concubin). Une pension de famille rencontrée dispose, en plus, de chambres d'amis pour que les résidents puissent accueillir de la famille, etc.

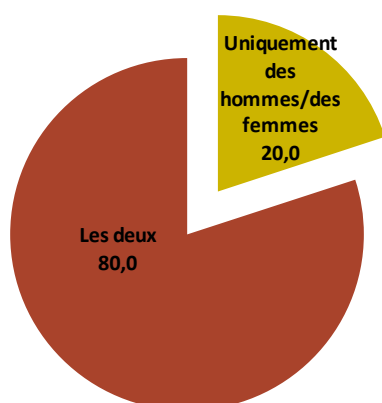
La taille des pensions de famille est très variable

Un tiers des pensions de famille accueillent 10 résidents ou moins. Les plus "petites" structures accueillent 6 résidents et la plus "grande" 35 personnes.

9 - Capacité d'accueil des pensions de famille (en %)



10 - Publics accueillis selon le sexe (en %)



Parmi l'ensemble des dispositifs d'accueil, 80,0 % accueillent un public mixte et 20,0 % uniquement des femmes ou uniquement des hommes, les cas des plus fréquents étant uniquement des hommes.

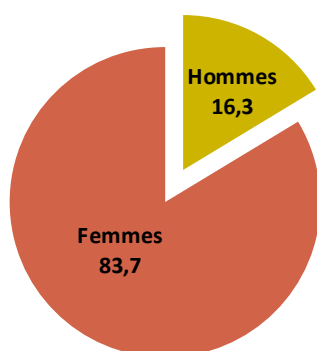
II - Les professionnels exerçant dans les pensions de famille

1. Profil des professionnels

A. Caractéristiques socio-démographiques

49 hôtes ont répondu aux questionnaires soit l'ensemble de ces professionnels en région Centre.

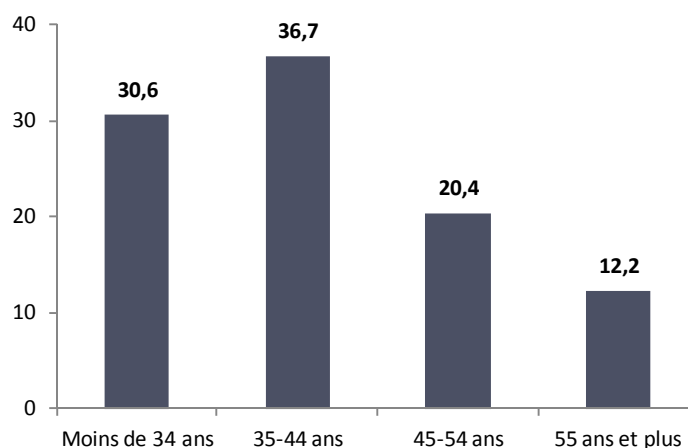
11 - Sexe des hôtes (en %)



Il s'agit d'une fonction plutôt féminine puisqu'elle est exercée par 83,7 % de femmes.

L'âge moyen de ces professionnels est de 40,7 ans et l'âge médian⁵ de 39 ans.

12 - Age des hôtes en classe d'âge (en %)



B. Formations

La majorité des professionnels ont une **formation en travail social** et plus généralement une formation de CESF puisqu'ils sont 22,4 % à avoir ce diplôme (graphique 13). Quatre personnes ont suivi une formation de maitresse de maison lors de leurs premières années de prise de fonction.

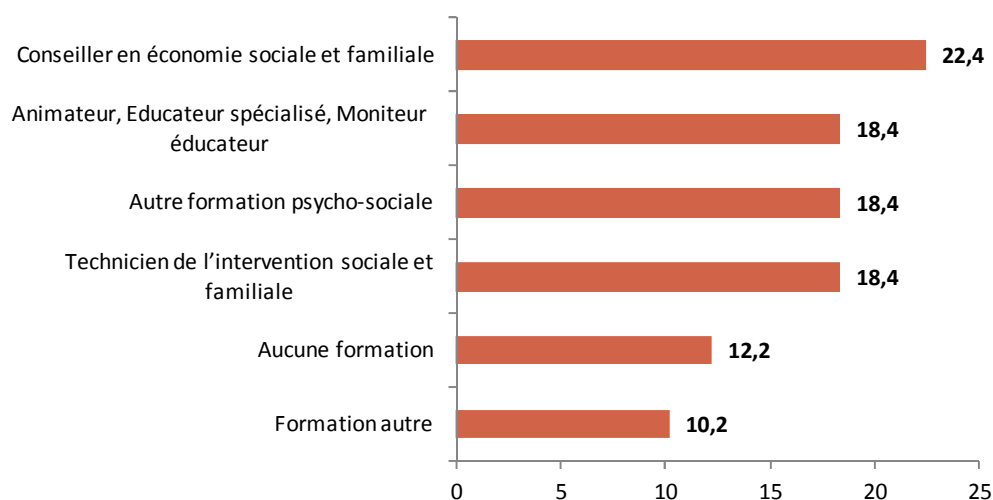
18,4 % des professionnels ont ensuite des formations d'animateur, éducateur spécialisé, moniteur éducateur.

4 personnes ne disposent pas de formation en lien direct avec le travail social mais elles ont été recrutées **en fonction de leurs expériences et de leurs compétences relationnelles** notamment.

« Sa posture, sa façon d'être, ses savoir-faire, ses savoirs-être, ses qualités humaines : c'est ce qu'on recrute avant tout sur ce type d'établissement. »

⁵ Disposant de l'information sur le mois et l'année de naissance, l'âge exact au moment de la passation a été calculé. L'âge médian permet de dire qu'une moitié de la population étudiée a moins de cet âge et l'autre plus. Ce calcul permet de s'affranchir des âges extrêmes qui peuvent biaiser le calcul de la moyenne.

13 - Formation des hôtes (en %)

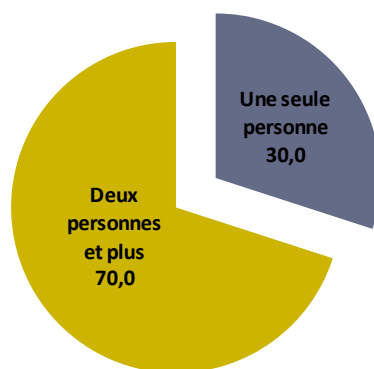


38,8 % des hôtes ont suivi une formation en complément de leur formation initiale.

C. Nombre de professionnels intervenant par structure et emplois mutualisés

Dans environ un tiers des structures, les professionnels assurant la fonction d'hôtes exercent de façon isolée. En majorité, les équipes sont composées de deux voire trois professionnels.

14 - Nombre de personnes occupant la fonction d'hôtes (en %)



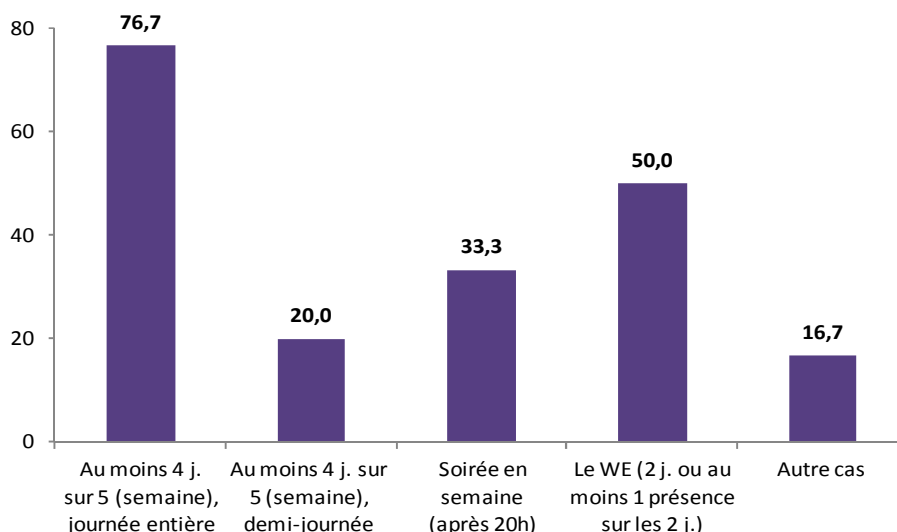
80 % des pensions de famille déclarent avoir du personnel mutualisé avec d'autres établissements ou services gérés par le même organisme. Ainsi, les professionnels interviennent en parallèle sur d'autres dispositifs relevant soit de l'insertion/hébergement/logement (CHRS, accueil de jour, IML), soit du médico-social notamment pour les professionnels intervenant en résidence accueil (Samsah, SAVS).

D. Les temps de présence des professionnels sur site

Les temps de présence des professionnels ont évolué dans le temps en prenant en compte les besoins et demandes des usagers et des équipes. Certains ont ainsi instauré des temps de présence le week-end ; d'autres ont réduit leur amplitude de présence pour disposer davantage de temps de travail en commun, favorisant ainsi la concertation entre professionnels et l'accompagnement de personnes à l'extérieur tout en assurant une présence sur site.

Au sein des pensions de famille, les professionnels sont principalement présents en journée entière la semaine avec des amplitudes de présence importante (de 10h à 12h). Sur les petites pensions de famille, les temps de présence sont plus réduits (présence en demi-journée la semaine).

15 - Temps de présence des hôtes auprès des résidents (en %)



Quelques pensions de famille ont des professionnels qui sont présents le week-end (2 toutes les semaines, le samedi ou dimanche et 1 un samedi par mois) et quelquefois en soirée. La moitié des pensions de familles proposent une présence le week-end. D'autres structures ont fait le choix de ne pas être présent le week-end car il s'agit d'un dispositif de logement pérenne.

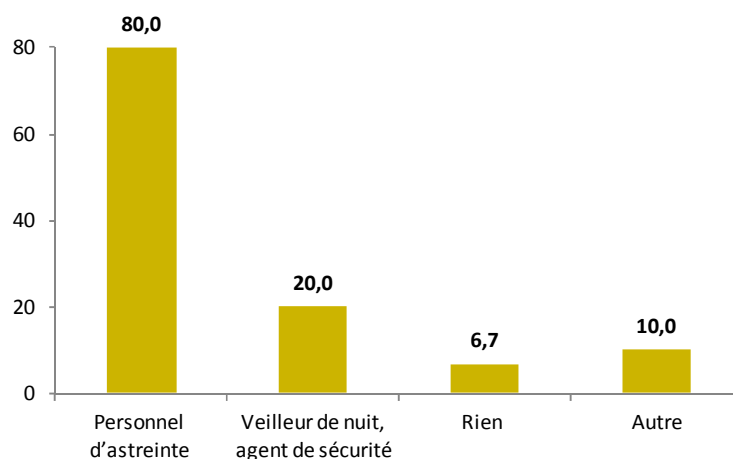
« On a fait le choix de ne pas être présent le week-end ni la nuit. La pension de famille n'est pas une structure d'hébergement où l'on contrôle tout ; on est sur du logement autonome. Ils doivent avoir la possibilité de faire leur vie sans qu'il y ait un travailleur social derrière »

« C'est ce choix aussi qu'on avait fait de les laisser sans surveillance le week-end pour mesurer comment chacun gère cet espace de liberté »

Une pension de famille indique que les résidents réclament une présence le week-end, voire la nuit. C'est pour eux « une présence rassurante ». La présence d'un veilleur de nuit est citée comme un exemple par deux pensions de famille. Une pension de famille est dotée d'une équipe de veilleur de nuit, mutualisée avec d'autres dispositifs présents sur le même site. D'autres ont des lignes téléphoniques d'astreinte la nuit et le week-end.

Parmi les structures mettant en place un relais en dehors des temps de présence de l'équipe de la pension de famille (la nuit, le week-end, etc.), 80 % ont recours à un personnel d'astreinte, 20 % à un veilleur de nuit/agent de sécurité. Deux structures ne possèdent aucun relais lors de l'absence de professionnels.

16 - Relais mis en place en dehors du temps de travail de l'équipe (en %)



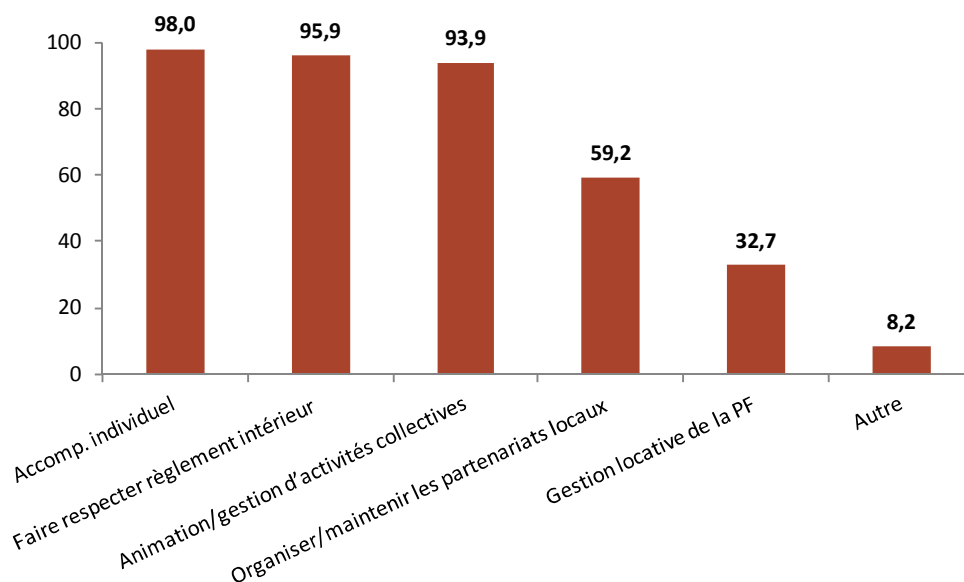
Les structures notent "la complexité" qui existe sur ce dispositif où d'un côté la présence professionnelle est réduite car les personnes disposent d'un logement pérenne et d'une certaine autonomie, et d'autre part les besoins qui peuvent apparaître pour ce public d'avoir une présence plus forte des professionnels (présence rassurante, gestion des situations de violence).

2. Missions des hôtes au sein des pensions de famille

L'accompagnement individuel comme mission première

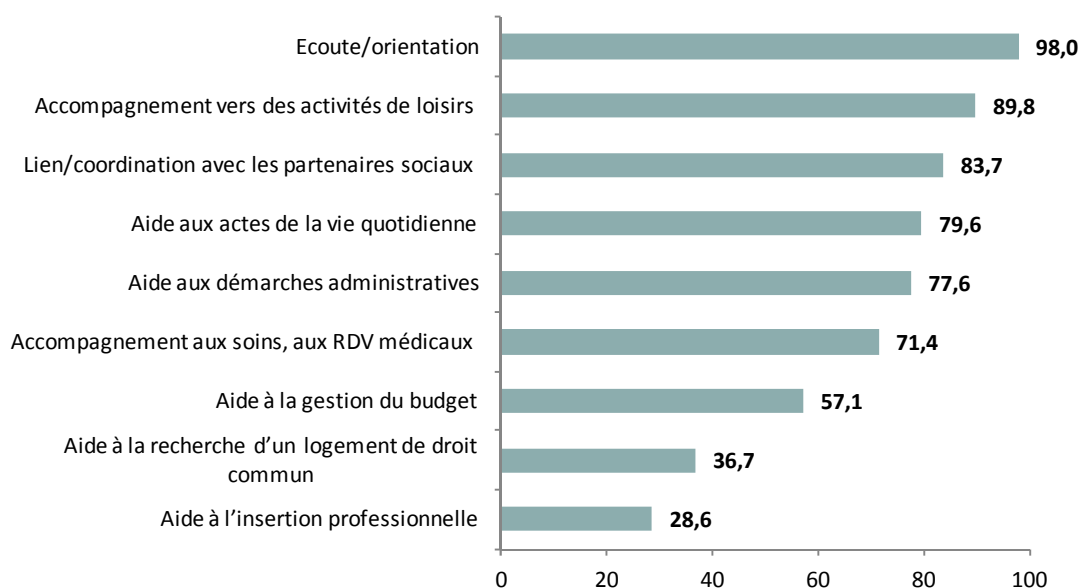
Trois grandes missions des hôtes émergent et sont retrouvées dans la quasi-totalité des pensions de famille : l'accompagnement individuel, le respect du règlement intérieur et animer/gérer les activités collectives.

17 - Missions des hôtes auprès des résidents (en %)



La catégorie "Accompagnement individuel" se décompose en sous-catégories de missions bien spécifiques des hôtes. C'est la mission d'écoute et d'orientation qui est citée en premier par ces professionnels puis l'accompagnement vers des activités de loisirs (graphique 18).

18 - Détails de la mission d'accompagnement individuel des résidents (en %)



3. Les difficultés de l'exercice

Un métier complexe, avec une multitude de « casquettes »

Les professionnels exerçant au sein des pensions de famille ont fait référence dans les entretiens à la complexité de leur métier qui tient notamment au fait de devoir assumer sur un même espace, sur un même temps plusieurs "casquettes". En effet, les professionnels doivent, d'une part, être dans la bienveillance, la convivialité et favoriser le lien avec les résidents. D'autre part, ils sont aussi garants du cadre et ont ainsi pour rôle de poser et réaffirmer les règles de vie en cas de débordements, de réguler les conflits. Et puis, cette fonction requiert également une grande vigilance et attention au quotidien.

Les professionnels enquêtés indiquent qu'ils partagent la vie des résidents au quotidien, sur du moyen ou long terme, et qu'il apparaît nécessaire pour eux d'être en capacité de prendre du recul.

« La nécessité de garder un certain recul. On est là au quotidien, du matin au soir. Il faut être vigilant. »

La gestion de situations de violence ou de conflits

Dans les entretiens et questionnaires, les professionnels font remonter la fréquence des situations de violence et de conflits au sein de leurs structures. Cela constitue une difficulté du métier. Les professionnels jouent un rôle essentiel dans la régulation de ces situations. En fonction du degré de la situation, plusieurs professionnels rencontrés indiquent bénéficier de l'appui de leur responsable. Certains expriment le besoin de se former à la gestion des conflits.

L'accompagnement au quotidien de personnes présentant des problématiques de santé

Dans le cadre de cette enquête, les professionnels ont fait remonter qu'une des difficultés de leur fonction était l'accompagnement au quotidien des personnes présentant des problématiques de santé lourdes et complexes (addictions, perte d'autonomie, troubles psychiques notamment).

Les professionnels ont ainsi fait référence à plusieurs sources de difficultés :

- * La gestion de situations complexes : des situations de crises de décompensation pour des personnes présentant des troubles psychiques, des situations d'accompagnement de fin de vie, etc.
- * La difficulté à accompagner les personnes vers le soin (déli de la situation par le résident, etc.)
- * Les difficultés à collaborer avec les professionnels du secteur sanitaire
- * Le manque de relais, de soutien de la part des partenaires spécialisés (psychiatrie, etc.)

Ces difficultés peuvent conduire les professionnels à ressentir un certain isolement, un manque d'appui extérieur mais cela génère également des situations d'anxiété et de questionnements sur les limites de leurs fonctions.

Des questionnements sur les limites et responsabilités de leur fonction

A l'occasion des entretiens, plusieurs professionnels ont fait part de leurs questionnements sur les limites et responsabilité de leurs fonctions, notamment par rapport aux problématiques de santé des résidents. Les professionnels font face à des résidents qui sont dans des situations de refus de soins et qui ainsi peuvent se mettre en danger. Hormis le fait que ces situations soient parfois difficilement acceptables par les professionnels, ces derniers sont nombreux à se questionner sur leurs responsabilités.

« Il faut accepter que la personne est en droit de refuser le soin, c'est difficilement acceptable »

« Il y a des limites parce que nous avons à faire à de grosses pathologies qui nous dépassent, de gros questionnements sur ce que l'on fait face à tel symptôme, jusqu'où devons-nous aller, ... ? Maintenant, on a l'habitude, on appelle le Samu, on a un médecin régulateur qui nous conseille mais on est souvent démunis. Par exemple, pour la personne qui a fait son AVC, elle est suivie mais quand elle refuse de prendre ses médicaments, tous ses médicaments, que doit-on faire ? »

Ces questionnements sont également à mettre en relation avec les caractéristiques du dispositif qui associe à la fois des logements privatifs et une vie semi-collective. Ainsi, plusieurs professionnels s'interrogent sur leur positionnement qui doit à la fois être respectueux des choix privés de la personne tout en garantissant le respect des règles de vie dans l'espace collectif.

Un manque d'outils

Quelques professionnels rencontrés ont fait part d'un manque d'outils sur lesquels s'appuyer. Ils font ainsi référence à des outils permettant par exemple de ré-évaluer la situation de la personne dans le temps, de ré-interroger la pertinence de l'orientation sur ce dispositif, etc. Ainsi, les professionnels des pensions de famille ont développé certains outils qu'ils expérimentent comme la mise en place de projets individuels, de période d'essai.

4. Les points d'appui nécessaires

Face à la complexité du métier, les professionnels ont fait part des soutiens sur lesquels ils pouvaient s'appuyer ou au contraire de leurs absences.

A. Des compétences professionnelles

Travailler au sein d'une pension de famille exige une très grande polyvalence. Les missions assurées mettent en avant l'importance des qualités personnelles à développer : écoute, observation, analyse des situations, pour pouvoir s'adapter et prendre en compte les besoins des résidents. Cette question des compétences est ainsi à mettre en relation avec la question de la formation initiale des professionnels mais aussi de la formation continue et des outils mis à disposition.

B. L'importance de se situer dans un travail d'équipe

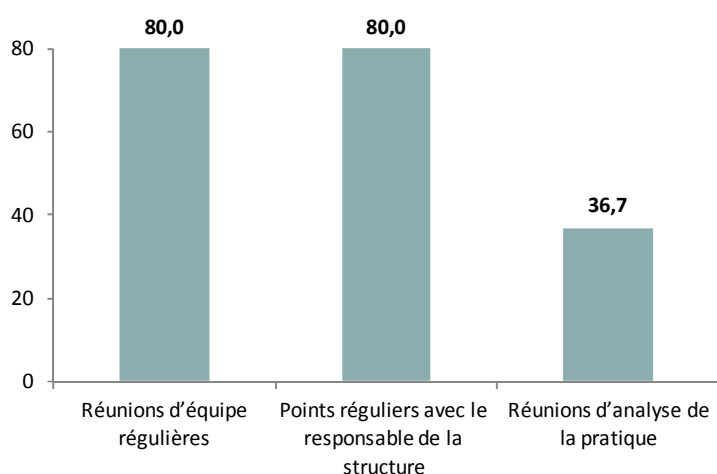
La majorité des professionnels rencontrés mettent en avant l'importance de pouvoir exercer ce métier au sein d'une équipe et de pouvoir s'appuyer sur leur responsable. Exercer de façon isolée en pension de famille est considéré comme difficile. 30 % des professionnels sont concernés par le fait d'exercer seul dans leur structure (graphique 14).

« Le fait d'être seul en tant que hôte, quand il y a conflit c'est compliqué mais quand ça va bien c'est aussi compliqué. Il y a des appropriations, il faut s'en dégager. »

« Quand un hôte se retrouve seul, il doit être la personne qui fait du lien mais il doit être aussi celui qui rappelle le cadre, celui qui fait la loi..... »

L'appui de l'équipe prend diverses formes : des échanges informels au quotidien, des réunions d'équipe, des temps d'échanges réguliers avec les responsables, des temps d'échanges de pratiques, la mise en place de cahiers de liaison, etc. Plusieurs professionnels rencontrés ont indiqué avoir réorganisé leurs horaires de travail afin de disposer de temps de travail commun, favorisant notamment les échanges et les transmissions au quotidien.

19 - Temps de coordination entre hôtes et structure (en %)



Pour 80 % des structures les temps d'échanges entre professionnels ont lieu lors de réunions d'équipe fréquentes et de points réguliers avec le responsable de la structure.

Pour environ 37 % ces temps d'échange prennent la forme de réunions d'analyse de pratique.

La fonction d'encadrement tient une place importante notamment pour les professionnels qui interviennent de manière isolée ou lorsqu'il n'y a pas de temps d'échange de pratique proposés. Les temps d'échange avec les responsables sont considérés comme « *indispensable pour la prise de distance* » et permettent d'échanger sur les situations des résidents. Il est notamment souligné par un professionnel la nécessité d'être en lien avec son responsable dans un rapport éducatif et pas seulement un rapport administratif.

« On parle des résidents, où ils en sont, ce qu'on vit avec eux ; ce temps nous aide à prendre du recul : à voir ce qu'il s'est passé, ce qu'on a fait, on voit s'il faut réajuster, est-ce qu'il faut reprendre, est-ce qu'on a été trop loin »

Quelques professionnels indiquent également trouver un soutien auprès de collègues exerçant sur d'autres dispositifs. Ces échanges sont favorisés lorsque les structures se situent sur un même site géographique ou lorsqu'il y a des temps d'échanges communs à plusieurs équipes.

C. Des temps d'analyse des pratiques peu fréquents

Le besoin d'échanges de pratiques a été exprimé à maintes reprises par les professionnels. Pourtant, près des deux tiers des structures déclarent ne pas en proposer aux équipes (graphique 19). Ces espaces de parole apparaissent pour les professionnels essentiels pour favoriser la prise du recul et l'analyse des situations mais également pour s'interroger sur leurs pratiques professionnelles et bénéficier d'un regard extérieur. Ces temps d'analyse de pratique, souvent animés par un professionnel extérieur (psychologues, etc.) sont parfois communs à plusieurs dispositifs portés par la structure gestionnaire.

L'évaluation nationale réalisée en 2008 au sein des pensions de famille préconisait déjà l'organisation « *de temps d'échanges de pratiques à la fois pour rompre l'isolement des professionnels intervenants en maisons relais mais aussi pour répondre aux multiples questionnements que soulèvent le travail au sein d'une maison relais, des temps d'échanges d'expériences, de croisement d'analyses, de mutualisation des savoirs et savoir-faire, sont nécessaires. Ils peuvent être organisés au sein d'un même réseau de maison relais (FAP, Fnars, H&H,...) ou à l'échelle d'un territoire (département)* ». [10]

D. Un étayage avec les partenaires à consolider

Plusieurs professionnels indiquent que le fait de pouvoir travailler avec des partenaires extérieurs (services spécialisés dans les addictions, la psychiatrie, les services de tutelles, etc.) constitue pour eux un véritable appui. Pour autant, ces partenariats sont parfois inexistantes ou limités. Par conséquent, quelques professionnels trouvent d'autres modalités d'échanges avec des professionnels en participant par exemple aux réunions proposées dans le cadre d'un atelier santé-ville (ASV), d'un réseau local de santé mentale, etc.

E. Un besoin de formation continue

Les professionnels mettent en avant la nécessité de se former régulièrement sur les problématiques rencontrées (handicap mental, addictions, maladies liées au vieillissement,...).

« Pour éviter de se « chroniciser », car ici c'est le risque, ce qui est important c'est de pouvoir avoir des modules de formation, sur la maladie psychique, sur l'écoute, sur ce que l'on fait, sur notre pratique. Des modules très courts. Ces interventions nous amènent à réfléchir sur nos pratiques, mais surtout en découvrant d'autres. Ce sont des approches qui sont différentes. C'est nécessaire. Il faudrait que ce soit régulier. »

Les professionnels rencontrés ont mis en avant quelques **pistes de formations** :

- × Formation à l'accompagnement des personnes présentant des troubles psychiques
- × Formation sur le vieillissement, l'accompagnement à la fin de vie
- × Formation sur les addictions
- × Formation à la régulation des conflits

Les limites de la formation de maîtresse de maison

Quelques professionnels ont suivi cette formation à leur arrivée sur leur poste en pension de famille. Cette formation est apparue pour quelques professionnels rencontrés lors des entretiens en décalage avec leur fonction, avec « *ce qui était vécu ici* ». Cette formation était pour eux centrée sur les aspects matériel, technique (confection des repas, hygiène) mais très peu sur l'accompagnement des personnes et les problématiques qu'ils rencontrent (addictions, troubles psychiques).

F. Des temps d'échanges entre pensions de famille

La plupart des professionnels interviewés ont mentionné participer à des temps de rencontres avec d'autres professionnels exerçant au sein de pension de famille. Plusieurs types de rencontres existent :

Des rencontres organisées par les fédérations nationales

Quelques pensions de famille de la région font parties de fédérations nationales comme la fondation Abbé Pierre, la fondation Habitat & Humanisme, l'UNAFO. Ces fédérations proposent notamment divers temps de rencontres pour les professionnels ou un appui méthodologique. Des temps de rencontres entre usagers sont aussi organisés.

Les interventions pouvant être proposées par les fédérations :

- * appui méthodologique et accompagnement à la mise en place d'une pension de famille
- * organisation de formations et/ou de conférences thématiques
- * proposition de temps d'analyse de pratique
- * organisation de rencontres nationales entre résidents des pensions de famille

« Nous sommes conviés aux rencontres mensuelles inter-maison relais et aux formations. Intéressant par leur expérience, par les échanges, les bilans. Des rencontres régionales en 2012, mais aussi une rencontre nationale en 2012. »

Des temps d'échanges organisés localement

Plusieurs pensions de familles participent à des rencontres entre pensions de famille organisées localement. Souvent, ces rencontres sont réalisées à l'échelle départementale, tous les trimestres. Parfois, ces rencontres s'effectuent entre les équipes de pensions de famille portées par un même gestionnaire.

Ces temps de rencontres permettent aux professionnels d'échanger sur leurs expériences, de connaître les réalités et les modalités de fonctionnement des autres structures. Pour autant, certains mentionnent que le fonctionnement de ces réunions reste à préciser (objectifs parcourus, qui anime ?, etc.).

« On se pose beaucoup de questions : est-ce qu'on fait bien, est-ce qu'on est dans la bonne voie ?

« Ça nous permet d'échanger. On ne sait pas bien quoi faire au niveau de ces réunions. On s'interroge sur la manière de faire surtout. »

« C'est important d'échanger, d'avoir un partage de pratiques, pour ne pas être isolés. Pour moi, c'est important d'avoir des relais. Autrement, ça aurait été plus compliqué à gérer. »

Le rapport d'évaluation nationale mené sur les résidences accueil en 2010 préconisait à la fois de « **développer des espaces d'échanges entre les structures** » et de « **capitaliser et communiquer sur les bonnes pratiques** ». Dans cette étude, il était observé que « *des structures proches géographiquement n'ont aucun niveau d'interconnaissance et se trouvent, de fait, relativement isolées.* ». Les attentes des professionnels portaient sur la mise en place « *d'espaces d'échanges entre des structures à **une échelle territoriale*** ».

Aussi, ce rapport indiquait de :

- × « mobiliser les services déconcentrés (DDCS ou DRJSCS, selon l'échelle pertinente localement) pour organiser à échéance régulière des rencontres d'échanges entre structures volontaires et/ou entre leurs personnels, autour de thématiques à déterminer conjointement. »
- × « mobiliser des crédits d'animation pour enrichir certaines de ces rencontres d'apports externes, réflexifs ou méthodologiques. »

Par ailleurs, « si la mobilisation d'espaces d'échanges au niveau territorial constitue un premier niveau de réponse, **la capitalisation des expériences, sa diffusion et sa mise en débat, constituent un autre niveau utile**, à la fois en termes de soutien aux structures et en termes de valorisation vis-à-vis des institutions ». [11]

III - Accompagnements proposés

1. L'accompagnement individuel

A. Objectifs

L'objectif de l'accompagnement individuel est, selon les professionnels rencontrés, **de favoriser l'autonomie de la personne.**

Les textes relatifs aux pensions de famille stipulent que « *les personnes accueillies doivent avoir un minimum d'autonomie, ne pas nécessiter forcément d'un accompagnement lourd* ». Pour autant, selon les professionnels, l'accompagnement individuel occupe une place importante dans leurs fonctions.

Cet accompagnement se construit en fonction des besoins et demandes des personnes. Les professionnels s'adaptent, en effet, au niveau d'autonomie et aux capacités des résidents. Pour certains, même avec le temps, l'autonomie restera limitée et l'intervention du professionnel sera nécessaire. Les professionnels soulignent donc l'importance d'avoir un groupe de résidents présentant une mixité en termes de niveau d'autonomie.

« Le but, c'est qu'elles s'envolent de leurs propres ailes. On a accepté aussi que des personnes aient des limites. Dans l'idéal, quand on peut travailler avec les personnes, on va tirer toutes les ficelles qu'on peut. Il y a des personnes, concrètement, c'est déjà pas mal qu'elles soient stabilisées en pension de famille. Pour elles, c'est ça ou la rue. On peut accepter ça car on a cette mixité. On peut accepter que certaines personnes soient là jusqu'à la maison de retraite »

L'approche individuelle est très importante dans les premiers mois suivants l'entrée de la personne dans le logement. Les professionnels jouent un rôle dans l'intégration de la personne dans son logement, dans la structure et dans l'environnement en favorisant la mise en relations avec les autres résidents et les partenaires locaux.

« La première année, je faisais tout avec eux... Au fur et à mesure, on lâche des choses. On fait en sorte que même si les résidents ne savent pas faire quelque chose qu'ils arrivent à se faire confiance et qu'ils sachent dire ce qu'ils ne peuvent pas faire »

Contrairement à d'autres dispositifs, l'accompagnement proposé par les équipes des pensions de famille présentent deux atouts. D'une part, cet accompagnement est assuré par des interlocuteurs de **proximité** et, d'autre part, il s'inscrit dans le **temps** étant sur un dispositif de logement durable. La principale limite de cet accompagnement reste la difficulté à créer du lien avec certains résidents. En effet, certaines personnes sont très repliées sur elles-mêmes et les relations avec les professionnels sont limitées. D'autres, n'adhèrent pas à l'accompagnement proposé par les professionnels.

« En pension de famille, on va travailler avec elles doucement, par étapes. En CHRS, on travaille aussi l'autonomie mais pas du tout de la même façon. Il faut être dans des démarches plus actives. En pension de famille, on fait doucement, on va réajuster si j'ai trop évalué la capacité de la personne. »

B. Les axes d'accompagnement

L'accompagnement individuel réalisé par les professionnels des pensions de famille s'organisent autour de deux grands axes : un accompagnement de proximité (écoute, veille, aide à la réalisation de démarches,...) d'une part, puis, d'autre part, un rôle d'interface entre les résidents et les partenaires locaux.

a) L'accompagnement de proximité

Cet accompagnement se décline sous diverses formes :

➤ Une présence bienveillante associée à un rôle de veille et d'observation

Cet aspect de l'accompagnement constitue une large part du travail effectué par les professionnels des pensions de famille. Il s'effectue au quotidien de façon informelle.

Les professionnels veillent ainsi à être en relation régulièrement avec les résidents. Ils prennent le temps d'échanger, d'écouter, d'être attentionnés. Les professionnels assurent aussi un rôle de veille et d'observation : ils sont attentifs au bien-être de chacun, à repérer les besoins des résidents et d'essayer de les faire émerger. C'est aussi être en vigilance par rapport aux résidents qui sont les plus isolés, repliés sur eux-mêmes afin de maintenir un minimum de lien ou encore d'être en alerte en cas de changements de comportements ou d'attitudes notamment pour les personnes ayant des troubles psychiques.

« C'est de la veille sociale : observer ce qui se passe. Etre présents en cas de besoin. Essayer de détecter les besoins derrière ce qu'ils nous disent. Ils ne savent pas toujours ce qu'on peut leur apporter par rapport à une difficulté. On est dans la proposition, pas dans l'incitation. »

« On les valorise aussi par rapport à leur présentation du fait de leur problème lié à l'hygiène pour certains. On les stimule par rapport à ça. On les félicite, on les encourage. »

« Lui apporter l'aide tout en lui laissant l'autonomie de pouvoir faire ce qu'elle a envie. Montrer qu'on est présents et qu'ils peuvent faire appel à nous, tout en leur laissant l'autonomie et leur montrer qu'ils sont chez eux, qu'ils ont leur propre appartement. »

➤ Un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne

Cet accompagnement dépend avant tout du niveau d'autonomie des personnes : il est parfois important pour certains et non nécessaire pour d'autres. Il s'agit pour les professionnels d'apporter une aide pour faire les courses, se déplacer ou se repérer dans l'espace, pour utiliser les transports en commun. C'est également, aider un résident à gérer son logement (ménage, etc.), donner des repères en terme d'hygiène.

« Pour faciliter les courses et aussi pour proposer un accompagnement au niveau du budget, de l'équilibre des repas, je propose un accompagnement aux courses 2 fois par semaine pour les résidents qui le souhaitent. C'est possible car on est peu nombreux. »

« On avait une personne qui n'avait aucun repère dans l'espace : on l'a aidé à évoluer, à prendre le bus seule »

Lors des entretiens, il est également apparu des positionnements divers des équipes à ce sujet. Certains considèrent que les résidents en pensions de famille doivent avoir un minimum d'autonomie et que l'accompagnement dans les actes du quotidien doit être très limité.

Le cas particulier des résidences accueil : Dans les résidences accueil, l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne ou dans la réalisation de démarches relèvent plutôt du Samsah et du SAVS.

➤ L'accompagnement administratif et à la réalisation de démarches

Les professionnels assurent en fonction des besoins et demandes des personnes une aide à la gestion du courrier, notamment pour les personnes qui ont des difficultés avec la langue française ou l'écrit, une aide à la prise de rendez-vous, à la réalisation de démarches auprès des administrations pour favoriser l'ouverture ou le maintien des droits. Cela se traduit parfois par un accompagnement physique des personnes vers les services locaux (CAF, Trésor public, Pôle Emploi, etc.). Cet accompagnement physique est parfois lié à la situation géographique de la structure (absence de transports en commun à proximité, etc.).

« Certains reçoivent leur courrier et ne l'ouvrent pas donc on fait ce lien. On veille aux courriers qu'ils reçoivent et suivant le contenu, on les oriente vers ces travailleurs sociaux pour régler la situation. »

« On les aide à assurer leurs rendez-vous. On s'assure que les démarches sont bien faites (déclaration d'impôts, actualisation à Pôle Emploi, ...). »

➤ Autres axes d'accompagnements

De façon plus exceptionnelle, des professionnels rencontrés, ont évoqué accompagner les résidents sur le volet de l'insertion professionnelle ou sur la parentalité.

- * Le travail autour de **la parentalité** est essentiellement mené par la pension de famille qui accueille spécifiquement des femmes seules avec ou sans enfant(s). Les professionnels réalisent alors un vrai travail de prévention : être présent pour un soutien au quotidien, conseiller (alimentation, rythme de l'enfant, etc.), mettre en place des activités pour favoriser le lien mère-enfant, jouer un rôle de relais avec les partenaires (école, dispositif de réussite éducative, etc.). Ces mères ont besoin d'un soutien du fait « d'un manque de savoir, de la négligence » ce qui « ne mérite pas un placement parce qu'il n'y a pas de maltraitance. »
- * Quelques professionnels rencontrés estiment avoir un rôle à jouer dans l'accompagnement des résidents les plus jeunes c'est-à-dire ayant une quarantaine d'années, sur la question de **l'insertion professionnelle**. En effet, après avoir retrouvé une stabilité au sein de la pension de famille, des projets d'insertion professionnels émergent chez quelques résidents. Les professionnels évoquent des difficultés à accompagner ces personnes vers l'emploi ces personnes étant éloignées des structures d'accompagnement.

« Au Pôle Emploi, ils ne comprennent pas le public maison relais. Ça nécessite de créer un partenariat avec le Pôle Emploi pour comprendre le public maison relais, les aider dans la recherche d'un emploi, parce qu'à 40 ans, on ne peut pas les laisser dans l'inactivité. »

b) Un rôle d'interface entre les résidents et les partenaires

Les professionnels des pensions de famille jouent un rôle d'interface et de médiation entre les résidents et les services extérieurs (services sociaux, médico-sociaux, sanitaires, organismes de loisirs).

L'intérêt de ce travail est de faciliter pour les personnes la réalisation des démarches (aide au repérage du service compétent, aide à la prise de contact, etc.) et de lever les freins qui peuvent exister (méfiance envers les professionnels, etc.). C'est ainsi une façon d'accompagner dans le temps la prise d'autonomie. Cela nécessite de la part des professionnels d'avoir connaissance des services existants sur le territoire.

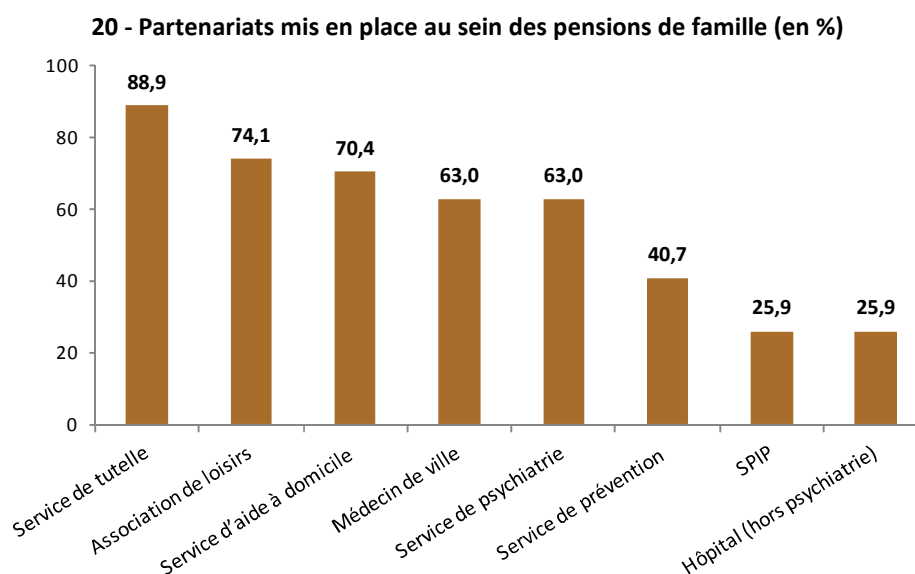
« Ce sont des gens qui nous sollicitent énormément ; on fait beaucoup de relais vers l'extérieur, on fait du lien. »

« Notre public est tellement loin des travailleurs sociaux que l'accompagnement individuel passe par notre intermédiaire. Aller voir l'assistante sociale, prendre rendez-vous seuls, ce n'est pas possible pour eux. On est un guide, un accompagnateur, on fait le lien avec les autres travailleurs sociaux. »

Les partenariats développés

90 % des structures (soit 27 sur 30) déclarent ainsi avoir mis en place des partenariats entre la pension de famille et des structures extérieures. Très peu travaillent de façon isolée.

Dans près de 90 % des cas, il s'agit de partenariats avec des services de tutelle, pour 74,1 % avec des associations de loisirs, pour 70,4 % avec des services d'aide à domicile. Les partenariats avec des structures médicales arrivent ensuite puisque 63,0 % ont un partenariat avec la médecine de ville et autant avec un service de psychiatrie (graphique 20).



Les partenariats se construisent au cas par cas, en fonction des spécificités des situations.

Les champs d'intervention des partenaires

Selon les professionnels rencontrés, la majorité des résidents est suivi par un professionnel extérieur ou plus, relevant du champ social ou sanitaire notamment. Quelques personnes n'ont pas de suivi à l'extérieur, étant assez autonomes.

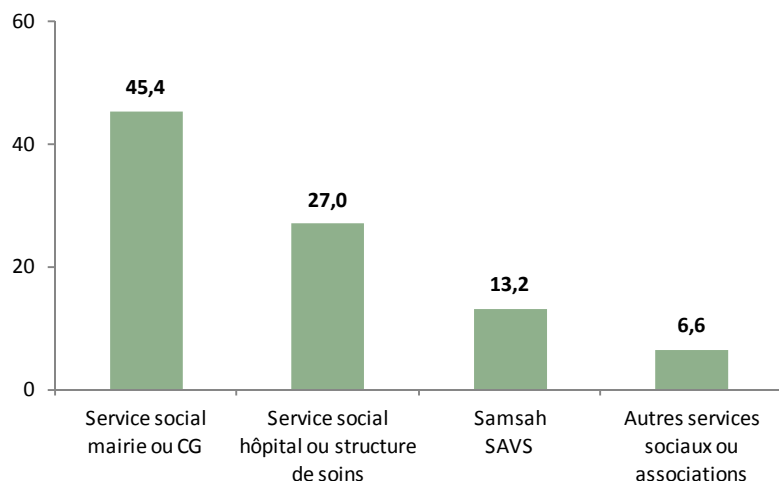
« Il y a au moins un intervenant extérieur, soit sur un problème de santé, soit sur un problème administratif. Il peut y avoir besoin de gérer avec l'extérieur un problème d'autonomie physique, ou un problème de santé psychique donc besoin de suivi psychologique... »

➤ Sur le champ social :

66,2 % des personnes (soit 231 résidents) bénéficiaient d'un suivi au niveau social, qu'il s'agisse d'une mesure de protection et/ou d'un accompagnement par un travailleur social à l'extérieur de la pension de famille⁶.

⁶ Pris indépendamment, 40,9 % des résidents ont déclaré bénéficier d'une mesure de protection et 44,6 % d'un accompagnement par un travailleur social extérieur à la pension de famille.

21 - Services extérieurs aux pensions de famille accompagnants les résidents (en %)



44,6 % des résidents ont déclaré être accompagnés par un travailleur social extérieur à la pension de famille pour les aider dans leurs démarches. Les premiers interlocuteurs sont le service social de la mairie ou du Conseil général (45,4 %) puis ceux de l'hôpital ou autre structure de soins (graphique 21).

En général, les professionnels des pensions de famille n'assurent pas un accompagnement social. Ce dernier est réalisé par les services sociaux locaux (CCAS, Conseil général), les services sociaux des établissements de soins ou encore par les services de tutelle.

« Les personnes qui ont besoin d'un suivi particulier au niveau du travail social, sont suivies par leur assistante sociale au Conseil général, à la Maison du Handicap, ou autre... »

« Je ne vais pas faire de l'accompagnement global comme je fais en CHRS mais plutôt travailler le relais. »

Les personnes bénéficiant du RSA (qui représentent 19,8 % des résidents pour le RSA socle et 6,9 % pour le RSA activité) ont, dans ce cadre, un accompagnement social assuré par le Conseil général ou un CCAS.

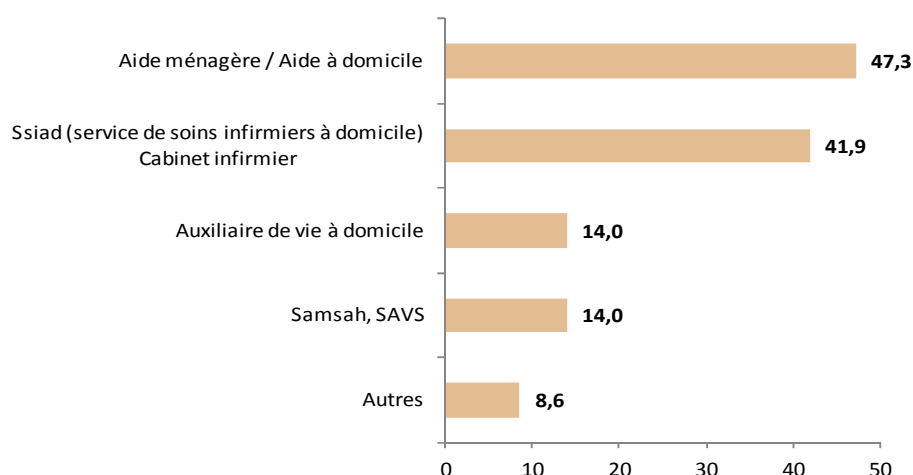
Quelques professionnels des pensions de famille déclarent aller plus loin dans l'accompagnement en effectuant avec les résidents des démarches comme la constitution d'un dossier de surendettement, la demande de l'allocation adulte handicapée (AAH). D'autres le font également mais uniquement en cas d'urgence ou d'indisponibilité des services sociaux (exemple : renouvellement de la CMU, etc.).

➤ **Accompagnement pour l'accès et le maintien dans les soins**

Près de 8 résidents sur 10 déclarent avoir un ou des problème(s) de santé (78,3 %). Parmi ces derniers, 92,2 % sont suivis par un ou des professionnels de santé pour au moins un de leurs problèmes.

27,0 % des résidents déclarent avoir régulièrement des services intervenant à leur domicile au sein de la pension de famille. Le premier service utilisé est celui d'aide ménagère ou aide à domicile (environ 47 %) puis des soins infirmiers (environ 42 %) (graphique 22).

22 - Services extérieurs intervenant aux domiciles des résidents (en %)



L'accompagnement vers le soin est important à la fois **pour lever les freins à l'accès aux soins mais aussi pour favoriser la continuité des soins.**

*« Il y a beaucoup de souffrance psychique dans les personnes qu'on accompagne. On vérifie qu'il y ait bien un suivi thérapeutique. Ils sont en hôpital de jour, il faut leur rappeler qu'ils doivent y aller, que le traitement est important, les aider à reprendre le suivi quand elles l'ont interrompu. »
(pension de famille classique)*

Cette mission prend une place très importante dans le travail des professionnels lorsqu'ils accompagnent des personnes vieillissantes (voir page 123 la partie "Le vieillissement et la perte d'autonomie").

Les professionnels travaillent ainsi en partenariat avec des acteurs relevant du secteur sanitaire ou du secteur médico-social : CMP, hôpital de jour, association spécialisée dans les addictions, HAD, SSIAD, infirmiers libéraux, services sociaux de la psychiatrie, SAVS, Samsah. Ces partenariats sont rarement formalisés. Seules quelques structures, notamment les résidences accueil, ont une convention avec le secteur de psychiatrie.

Les professionnels évoquent des difficultés à collaborer avec les partenaires du secteur sanitaire notamment parce qu'eux-mêmes ne sont pas des professionnels de santé.

« C'est parfois difficile, sous prétexte de « secret médical », encore plus avec le milieu de la psychiatrie qui a un fonctionnement très médical. Les liens se font peu mais l'important est que les personnes soient suivies et suivies dans le temps. »

« Parfois le 15 nous demande ce qu'il y a dans le dossier de la personne alors qu'on n'est pas habilité. Quand on devrait avoir les informations au niveau du médical ; on ne nous les communique pas. »

Plusieurs professionnels déclarent dans cette enquête le besoin de développer des partenariats plus étroits avec les secteurs sanitaire et médico-social notamment dans le champ de la psychiatrie, de l'addictologie et de la prise en charge de la baisse de l'autonomie.

➤ **Accompagnement à la socialisation, vers les loisirs**

74,1 % des structures ont instauré un partenariat avec des structures intervenant sur le champ du loisir. La majorité des pensions de famille rencontrées travaillent en partenariat avec l'association Culture du Cœur ce qui leur permet d'accompagner les résidents à l'accès aux loisirs et à la culture. Plusieurs résidences accueil travaillent également en lien avec des GEMS. Il apparaît plus rare que des partenariats soient instaurés avec des Centres sociaux, des associations de loisirs, etc. Les professionnels rencontrés évoquent très souvent le manque de disponibilité pour s'investir dans le développement de ces partenariats.

C. Une question émerge : le travail sur le projet de la personne

Les pensions de famille, étant un dispositif de logement adapté, ne relèvent pas du code de l'action sociale. A ce titre, elles ne sont donc pas soumises à l'obligation de mettre en place un projet individualisé tel que l'a institué la loi n° 2002.2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Pour autant, plusieurs professionnels rencontrés ont mentionné manquer d'outils sur lesquels s'appuyer pour accompagner les résidents. Aussi, quelques pensions de famille ont initié un travail sur la mise en place d'un projet individuel.

« Dans le début, ça (le projet individuel) n'avait pas été pensé pour les pensions de famille, mais maintenant, on y revient. »

a) Les objectifs de cet outil

Pour les professionnels rencontrés, s'appuyer sur un projet individuel permet d'inscrire les résidents dans une dynamique de parcours, de favoriser la projection des personnes dans l'avenir et dans des projets. C'est également un outil qui permet aux professionnels et aux résidents d'évaluer et de valoriser le chemin parcouru par les personnes.

« Le projet : c'est dans l'idée de projeter quelque chose et d'avoir des petites autonomies. C'est quelque chose de positif pour la personne. »

« Avoir des petites choses qui puissent relater du travail que l'on fait avec elles, dans l'idée de les valoriser. Ça serait bien, même si ce n'est pas notifié, de pouvoir renvoyer des choses. »

Le contenu du projet est élaboré avec le résident et fait référence à ses besoins. Il s'agit de définir des « projets », des « objectifs » qui vont dans le sens de l'acquisition d'une plus grande autonomie.

« Ici, on les incite à avoir au minimum un petit projet comme reprendre les soins, avoir un budget équilibré, entretenir son logement, être plus respectueux, apprendre à vivre en collectivité. »

« Ça peut être très simple : l'entretien du logement, accompagnement à la confection du repas, aller à l'art thérapie au CMP, s'ouvrir vers l'extérieur en l'accompagnant à faire ses courses une fois par semaine. »

D'autres professionnels partagent l'importance d'inscrire la personne dans une dynamique sans pour autant faire référence à la notion de projet individuel.

« On ne peut pas laisser les gens végéter, il est important de les mettre dans une dynamique. Mon travail, c'est donner envie aux gens de partir sur des projets, d'avoir des envies, de vivre, de repartir gonflés d'énergie. »

b) La formalisation de ce projet

Parmi les structures rencontrées, trois pensions de famille ont formalisé ce projet et une structure est en cours de réflexion.

Ce projet est formalisé sous la forme d'un document écrit, présent dans le dossier de la personne. Le projet est défini au cours d'entretiens individuels. Parfois, un professionnel est nommé référent de la situation. Certaines structures associent les autres services impliqués dans l'accompagnement de la personne (délégué de tutelle, services médicaux) à la définition de ce projet pour favoriser la cohérence des divers accompagnements.

« C'est formalisé par des entretiens, un document individuel de prise en charge, avec des objectifs, les moyens qu'on peut mettre en place, le temps qu'on se donne pour le faire, la révision dans le temps. »

« Ils font aussi des projets avec leur équipe médicale. On peut aussi travailler en partenariat avec le projet de l'équipe médicale. C'est important de travailler en partenariat. Le partenariat donne une cohésion, une cohérence. »

Une autre pension de famille, pour les personnes bénéficiant du RSA, a travaillé avec le Conseil général, pour penser l'articulation entre les accompagnements réalisés dans le cadre du RSA et de la pension de famille. Les professionnels se sont alors appuyés sur l'outil utilisé dans ce cadre : le contrat d'engagement réciproque (CER). Ainsi, l'accompagnement réalisé au sein de la pension de famille et les démarches de la personne sont valorisées dans cet outil. Les professionnels de la pension de famille et les référents RSA se rencontrent alors régulièrement pour échanger sur les situations.

« Ce qui est fait sur la maison relais est acté, au niveau de l'insertion, par le contrat d'engagement réciproque. Pour certains, un des objectifs était de participer aux activités collectives de la maison relais. Pour la personne, cela a redonné le sens de rencontrer le travailleur social, de lui redonner sa place. On fait une synthèse entre la maison relais et le Conseil général au minimum 1 fois par trimestre. On reprend tous les dossiers, on fait pareil avec le CCAS. »

c) La mise en place d'un projet individualisé et questionnements des professionnels

Les interrogations des professionnels s'articulent autour des deux grandes questions suivantes.

➤ Est-ce un besoin des professionnels de s'appuyer sur des outils issus de leur culture professionnelle ?

« On est des professionnels du social dans un établissement qui n'est pas « social ». Est-ce que ce n'est pas quelque chose de notre reconnaissance de travailleur social qu'on a envie de vivre ? Dans les textes, on propose du logement, on ne peut pas les aider à trouver un logement sans contrepartie, sans leur demander de projet ? »

Les professionnels sont très souvent issus du travail social et peuvent avoir besoin de s'appuyer sur des repères et des outils qui sont habituellement utilisés dans le travail social : la notion de projet individuel, la contractualisation, l'échange dans le cadre d'entretiens individuels, etc.

L'évaluation du dispositif maisonsrelais mené en 2008 avait elle aussi relevée que « pour certains gestionnaires, le fait de ne pas se situer dans le cadre de rapport classique du travail social (référence aux moyens éducatifs) est perçu comme une difficulté au regard du fait que les populations logées se caractérisent bien par les mêmes difficultés. Certains déclarent se sentir démunis ; une fois la personne entrée dans le logement, comment assurer le lien et le suivi sur la situation. » [10]

➤ Y-a-t-il un manque d'outils pour accompagner et réévaluer les situations individuelles des personnes ?

Certains professionnels regrettent le manque d'outils disponibles dans le dispositif « Pension de famille » pour réévaluer les besoins de la personne dans le temps, réinterroger la pertinence de l'accueil sur la structure.

Quelques professionnels mettent en avant « l'inertie », « l'engourdissement » de certains résidents depuis leur arrivée au sein de la pension de famille qui offre un cadre de vie durable et sécurisant.

« Le danger de la maison relais, c'est que les gens soient trop bien, qu'ils n'aient plus envie de partir. La maison relais est tellement sécurisante pour eux, ça peut être plus difficile pour eux de partir. Cela peut freiner une dynamique, ça les booste moins pour certains. »

« Il n'y a pas de réévaluation de la situation. Si on n'a pas d'outils coercitifs, on est dans une fragilité extrême. Il n'y a pas de remise en cause du logement : la réévaluation est incontournable. »

L'évaluation du dispositif « résidence accueil » menée en 2010 préconisait déjà de « s'assurer périodiquement que la résidence accueil ou la pension de famille représente toujours une réponse adaptée aux besoins et souhaits de la personne en termes de logement mais aussi d'accompagnement, d'activité, d'environnement social et familial,.... ».

Pour cela, les structures peuvent s'appuyer selon le rapport sur trois modalités de mise en œuvre :

- « des échanges informels quasi quotidien, entre l'hôte et le résident, visant à s'assurer du bien-être de ce dernier,
- Un échange formel ou semestriel entre l'hôte ou un autre représentant du gestionnaire, le référent social, le service d'accompagnement le cas échéant et le résident afin d'interroger l'adéquation de la structure avec les besoins et attentes de l'utilisateur ;
- La soumission des souhaits des résidents liés à leur projet de vie à un comité de suivi, émanant de la commission d'attribution éventuellement élargie à d'autres acteurs accompagnant les usagers. En retour, cette commission formulerait des propositions, susceptibles d'être acceptées ou pas par le résident et, qui pourrait le conduire à envisager de quitter la résidence accueil ou la pension de famille. » [11]

D'autres questions se posent également :

- × Ces réflexions sur la ré-évaluation de la pertinence de l'accueil au sein de la structure sont-elles en accord avec le principe de durabilité du logement ?
 - × Le manque d'outils relevé par les professionnels ne met-il pas plutôt en lumière les difficultés des structures à gérer au quotidien certaines situations de résidents (orientations par défaut, etc.), ou à penser l'accompagnement sur du moyen ou long terme ?
 - × La notion de projet est-elle adaptée aux personnes ayant vécu de longs parcours d'exclusion pour lesquelles certains préconisent un accompagnement basé sur la notion de « bas seuil d'exigence » ? [12]
- L'évaluation du dispositif « Maison relais » de 2008, après avoir rappelé que la durabilité est un élément fondateur de ce dispositif interroge en effet : « Si le séjour était conditionné dans le temps et au respect de certaines étapes dans les prises en charge (sociale, médicale,...), les personnes logées seraient confrontées aux mêmes situations d'échec qu'elles ont pu connaître ultérieurement. » [10]

2. L'animation de la vie collective et le lien avec l'environnement extérieur

A. Une vie collective plus ou moins développée

Proposer un cadre de vie semi-collectif est un des fondements du dispositif pension de famille. Certaines pensions de famille ont un fonctionnement très communautaire où le partage de temps communs formalisés est quotidien (prise de repas en communs, etc.). Ce sont des structures qui sont en général particulièrement attachées au développement d'une vie « *de famille* » au sein de leurs structures. Pour d'autres, la vie collective se traduit par des activités plus ponctuelles ou moins formalisées.

L'animation de la vie collective prend plusieurs formes, qui d'ailleurs se complètent très souvent :

Parfois, des repas pris au quotidien ensemble

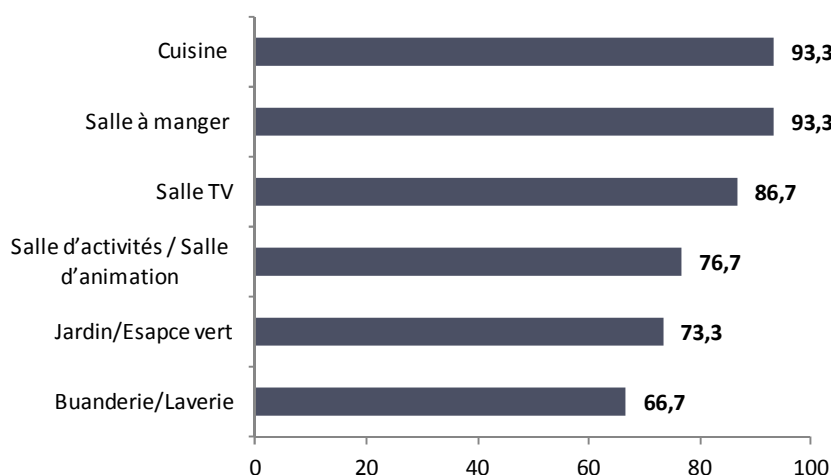
Quelques pensions de famille ont institué, parfois à la demande des résidents, le partage de temps collectif, au quotidien, autour des repas. Ainsi, selon les structures, les résidents prennent un ou plusieurs repas tous les jours ensemble. La présence à ces repas n'est jamais obligatoire mais très valorisée. Les professionnels rencontrés mettent en avant la nécessité de proposer un cadre souple qui incite à la vie collective sans la rendre obligatoire. En effet, la participation au collectif n'est pas toujours possible, peut être source d'angoisse notamment pour des personnes ayant des troubles psychiques ou de longs parcours d'exclusion.

« Notre projet est de fédérer une vie collective, surtout autour du dîner. Comme pas mal de résidents sont absents en journée, le soir, c'est un lieu de vie. La participation au repas du lundi au vendredi soir est obligatoire dans le règlement intérieur mais dans les faits, il y a de la souplesse parce que le public n'est pas toujours disponible, la collectivité génère de l'anxiété pour eux. »

Beaucoup de temps collectifs informels

La très grande majorité des pensions de famille disposent d'espaces collectifs qui se composent très souvent d'une cuisine et d'une salle polyvalente faisant office de salle à manger, salon, salle d'activité et parfois un jardin.

23 - Espaces communs proposés aux résidents (en %)



Un professionnel mentionne que la présence de ces « *lieux structurants* » est un levier au développement de temps collectifs. Fréquemment, ces espaces sont accessibles aux résidents même en cas d'absence des professionnels (jours fériés, week-end, etc.). Cela permet aux personnes de « *regarder la TV, faire un jeu, prendre un café, etc.* ». Pour autant, certains professionnels mentionnent que les résidents « *occupent relativement peu les espaces communs* ».

Pour faire vivre les espaces collectifs, la présence des professionnels est essentielle. Ils interviennent beaucoup sous forme informelle. Il y a ainsi au quotidien des temps d'échanges, d'écoute aussi bien dans les espaces collectifs que dans les couloirs par exemple qui sont de véritables lieux de vie. Cette forme d'intervention est d'autant plus importante qu'il y a des personnes qui s'associent peu ou pas aux activités, animations de la structure, qui sont plus isolés.

« Ca a été très difficile de ne pas faire de planning. Il y a des choses que l'on planifie mais il y a plein de temps informels que l'on ne peut pas planifier. »

« Les personnes retrouvent des moments de convivialité. Exemple : le café du matin, lecture du journal, jeux de société qui se mettent en place. »

La grande majorité s'appuie sur l'organisation d'activités

La mise en place d'activité est, selon les professionnels, un bon support pour favoriser la socialisation, mettre en valeur les compétences des personnes. Plusieurs professionnels disent ne pas vouloir mettre en place à tout prix des activités dites « *occupationnelles* ». Aussi, ils s'appuient sur les attentes des résidents, sur ce qu'ils ont pu repérer comme envie chez les personnes. Ils sont aussi vigilants à proposer des activités prenant en compte les capacités et problématiques de chacun (problèmes de mobilité,...)

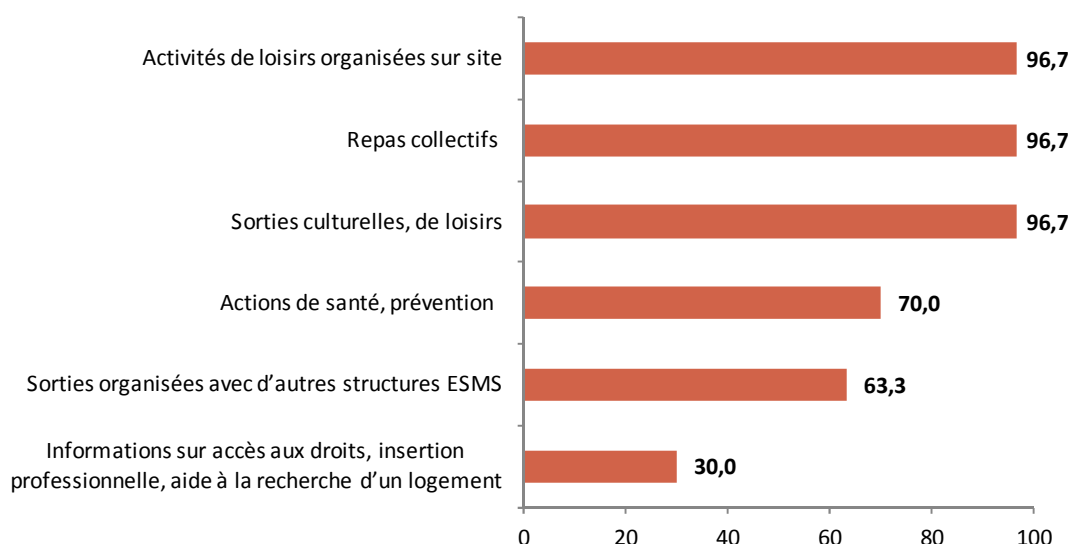
« Si on fait quelque chose, il faut qu'ils le désirent, qu'ils en aient vraiment envie. Il faut déjà qu'il réapprenne à désirer, c'est déjà une étape. Mais désirer ne suffit pas, il faut désirer et construire : essayer de l'imaginer, de l'organiser, de l'anticiper ».

Les activités mises en place sont très variées. La quasi-totalité des pensions de famille (29 sur 30) proposent à leurs résidents des activités qui s'organisent autour de :

- × **L'organisation de repas collectifs** : les repas permettent de créer des moments de convivialité, d'échanges. C'est aussi un moyen de travailler sur l'équilibre alimentaire, les règles d'hygiène, d'accompagner l'autonomie (lors des courses, de la préparation des repas, etc).
- × **La mise en place d'activités de loisirs sous forme d'ateliers au sein de la structure** : ils sont parfois animés par un intervenant extérieur. Il s'agit d'ateliers cuisine, d'ateliers créatifs, de relaxation, jardinage, etc.
- × **Des sorties culturelles et de loisirs** sont également proposées : bowling, patinoire, pétanque, visite de châteaux, musées, sorties à la mer, pique-nique, cinéma, etc. Elles sont plus ponctuelles, organisées à la journée ou à la demi-journée. 70 % des pensions de famille déclarent réalisées parfois des sorties avec d'autres structures sociale ou médico-sociale (autres pensions de famille, CHRS, résidences sociales).

30 % des pensions de famille (soit 9 structures) organisent des actions de prévention et d'informations qui selon les professionnels enquêtés s'illustrent par des interventions de la CPAM sur le bilan de santé, de la Carsat, des ateliers cuisine pour travailler sur l'équilibre alimentaire, etc.

24 - Activités collectives proposées au sein des pensions de famille (en %)



B. La participation des résidents à la vie collective

Lors des activités, il est rare que tous les résidents soient présents mais il y a toujours la participation d'un petit nombre de personnes. L'idée n'est pas de proposer des activités pour l'ensemble des résidents mais surtout d'avoir des moments privilégiés avec quelques personnes à tour de rôle. Les professionnels veillent à ce que chacun trouve sa place, une activité qui lui convienne.

« Il y a toujours une participation minimum de personnes. On a toujours réussi à accrocher les personnes sur quelque chose. On est toujours d'une façon ou d'une autre en lien avec les personnes ».

« Certaines s'impliquent plus que d'autres. Tous, d'une façon ou d'une autre, participent à la vie collective. Ils ne sont pas là que pour du logement ».

Certains professionnels indiquent cependant avoir des difficultés à instaurer une vie collective au sein de leurs structures. Certains résidents ne s'associent aucunement aux temps collectifs de la structure. D'autres ont déjà une vie sociale bien développée à l'extérieur ou ne se retrouvent pas dans ce qui est proposé dans la structure. Parfois, c'est la présence de conflits entre des résidents qui limite la dynamique collective de la structure.

« Le collectif ne marche pas très bien, depuis toujours. On est avec des personnes qui ont un long parcours de difficultés, de soutien social. C'est très difficile de les faire penser à autrui. Ils n'ont pas du tout le désir de faire des choses avec quelqu'un d'autre et cela s'accroît. » ; « On ne fait pas de vrai collectif, d'une part, parce que je n'y crois pas ; d'autre part, eux n'y croient pas ».

« Une personne est dans la fuite. Elle est autonome et a un travail normal. Du coup, elle se sent en décalage par rapport au public que nous accueillons. Cette personne a le projet de partir. »

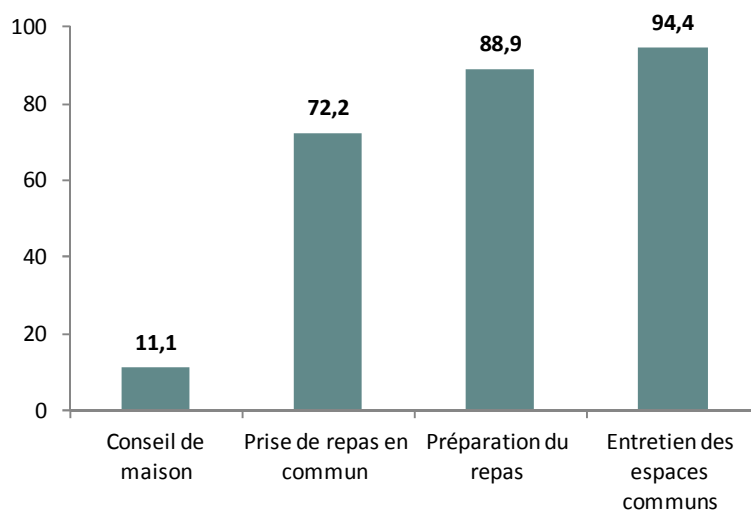
D'ailleurs quelques professionnels se questionnent sur ce qu'on entend par vie collective : est-ce forcément partager des repas au quotidien ensemble, participer à des activités ? Est-ce que le fait de vivre ensemble sur un même espace en se considérant les uns les autres n'est-il pas une forme de vie en collectivité ?

« Qu'est-ce qu'on met sous le mot collectif ? Très souvent par collectif on pense aux activités occupationnelles. Mais est-ce vraiment ce collectif qu'il faut ? Ne faut-il pas plutôt renforcer le collectif qui est le vivre ensemble, qui est savoir s'accepter les uns les autres dans la différence ; pour pouvoir faire attention à l'autre et aider l'autre quand il est en difficulté. Par exemple, il y a ici

quelqu'un qui aime faire la cuisine et qui fait à manger tous les jours avec plaisir pour un résident qui a un handicap de la main et qui ne pourrait se faire à manger seul. Est-ce que ce n'est pas plutôt ça l'aspect collectif qu'il faut valoriser et développer : l'entraide mutuelle, ne pas être indifférent à l'autre, être touché par ce que va vivre l'autre, ne pas être isolé. »

Pour 60 % des pensions de famille, la participation des résidents à certaines tâches ou activités de la vie quotidienne de la structure est obligatoire.

25 - Activités obligatoires pour les résidents (en %)



C. Les espaces de concertation et de régulation

La plupart des pensions de famille a mis en place des « conseils de maison » ou « conseils de résidents » à des rythmes divers : toutes les semaines, tous les mois, etc. La participation à ces instances est parfois obligatoire pour les résidents. Les responsables de service y participent parfois.

Ces instances ont pour objet de permettre l'échange entre les résidents et avec les professionnels sur le fonctionnement et l'organisation du lieu. Ainsi, cela permet de revoir les règles de fonctionnement de la structure, d'organiser par exemple la répartition des tâches ménagères entre les résidents, etc.

« La révision des règles de fonctionnement : horaires d'utilisation des espaces collectif, l'accès des personnes extérieures à la structure, la consommation d'alcool,... »

« Tous les pensionnaires sont présents et participent à l'organisation des semaines à venir. On statue sur l'organisation du commun, les tâches ménagères, les repas, qui va cuisiner, qui veut être appuyé pour savoir cuisiner. »

Elles permettent également au groupe de définir ensemble les activités qui seront organisées prochainement sur la structure. C'est aussi un moyen de favoriser la cohésion du groupe mais aussi de réguler les conflits.

« On discute un peu des activités à planifier tous les 15 jours, de la vie en maison relais, qu'est-ce qui a dérangé cette semaine, qu'est-ce qui ne va pas, qu'est-ce qui angoisse, qu'est-ce qui fonctionne ? C'est le moment où quelquefois, il y a des échanges un peu difficile. On tempère. »

« Où ils peuvent exprimer des choses désagréables qui se passent dans la pension de famille, demander certaines choses. On y gère aussi les conflits, les crises. On leur demande ce qu'ils veulent faire comme activité »

IV - L'orientation et l'admission

1. La procédure d'admission

A. Les modalités d'étude des dossiers

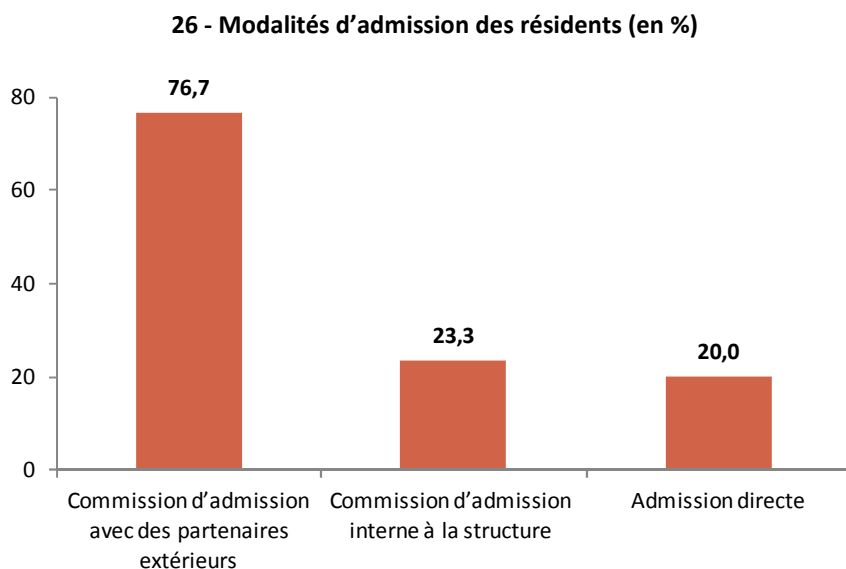
La majorité des pensions de famille (76,3 % soit 23 structures sur 30) étudie les dossiers de demande d'admission au sein d'une commission multi-partenaire. La composition de ces commissions est variable. Elles peuvent réunir les partenaires suivants : le CCAS, les bailleurs sociaux, les services sociaux de l'hôpital, le Conseil général, les services de tutelle, le SIAO, les services de l'Etat et parfois des représentants des fédérations (Emmaüs, Habitat et Humanisme). Ces commissions sont organisées en fonction des besoins, soit lorsqu'un logement est vacant ou bien lorsqu'il y a plusieurs dossiers à étudier.

Près d'une pension de famille sur quatre (23,3 %) déclare également étudier les dossiers en interne, au sein de l'équipe.

Des admissions sont également réalisées en direct, sans que les dossiers soient étudiés lors d'une commission : une pension de famille sur cinq déclare avoir déjà procédé comme tel.

26,7 % des pensions de famille disposent d'une liste d'attente soit 8 structures. Sept ont pu renseigner le nombre de personnes inscrites au jour de l'enquête, soit au total 18 personnes.

Près de 77 % des pensions de famille réalisent des commissions d'admission ou d'attribution avec des partenaires extérieurs lors de l'accueil de nouveaux résidents, 23,3 % le font en interne et 20,0 % font des admissions directes.



Le total est supérieur à 100 % du fait du cumul des réponses possible.

Un cas particulier : une commission d'admission commune à plusieurs dispositifs

Dans un département de la région Centre, la **commission d'admission est commune à plusieurs dispositifs situés sur un même territoire** à savoir toutes les pensions de famille, les résidences accueil, les résidences sociales, le service d'intermédiation locative.

Des partenaires comme les services sociaux, des représentants de structures d'hébergement, d'accueil de jour sont présents ainsi que le SIAO.

Pour les professionnels enquêtés, l'intérêt de cette commission est de pouvoir étudier la situation de la personne, ses besoins en fonction de la diversité d'approches des différents dispositifs.

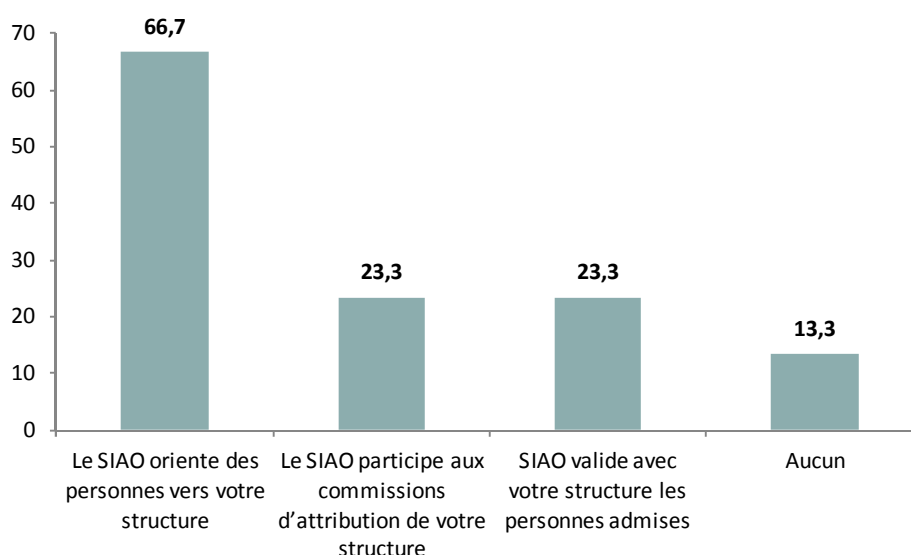
B. Le rôle du SIAO dans l'orientation et l'admission des résidents

Pour les deux tiers des structures, les SIAO orientent des personnes vers les pensions de famille pour que leurs dossiers soient étudiés.

Le SIAO participe aux commissions d'attribution de la pension de famille dans 23,3 %. En général, la mise en place des SIAO n'a pas induit la suppression des commissions d'admission. Le SIAO participe dans 23,3 % des cas à la validation de l'admission. D'une manière générale, le pouvoir de décision relève de la structure gestionnaire en lien avec la commission d'admission.

Dans environ 13 % des cas, le SIAO ne joue aucun rôle dans l'orientation ou l'admission des futurs résidents.

27 - Rôle des SIAO dans l'orientation et l'admission des résidents (en %)



Le total est supérieur à 100 % du fait du cumul des réponses possible.

C. Mise en place d'une visite et d'un entretien en amont de l'admission

La majorité des pensions de famille organise en amont de l'admission une visite de la structure ainsi qu'un entretien avec la personne souhaitant intégrer la structure.

Cette rencontre présente d'une part un intérêt pour la personne car cela lui permet de mieux identifier le fonctionnement de la structure, ses locaux, les modalités de la vie collective, le règlement, etc. avant de confirmer ou non sa demande. D'autre part, cet échange permet aux professionnels d'évaluer les motivations et les besoins de la personne.

« On reçoit les personnes pour leur présenter la maison relais, leur faire visiter le logement, on leur explique le règlement. La personne se positionne ensuite sur son souhait. »

« L'échange porte sur un questionnement de fond de son histoire de vie, ce qu'elle attend du dispositif hormis le fait de vouloir un logement, son rapport aux autres, comment ça se passe quand elle ne va pas bien.... ».

« Dans les entretiens de pré-admissions, je vais essayer qu'ils livrent un peu d'eux-mêmes pour aller au-delà du dossier. L'entretien est toujours positif, même si la maison relais ne correspond pas, on essaie de trouver d'autres pistes. Je leur explique pourquoi il y a un refus. »

Les visites et entretiens sont assurés par l'équipe des pensions de famille (avec ou sans les responsables). Les deux résidences accueil rencontrées s'appuient également sur la participation d'un professionnel extérieur (infirmière Samsah, psychologue) pour mener cet entretien et ainsi bénéficier d'un autre regard.

Parfois, suite à cette rencontre, les personnes ne confirment pas leurs demandes pour les raisons suivantes :

- **Défaut d'adhésion à la dimension collective de la pension de famille** : la vie au sein d'une structure semi-collective peut constituer une limite pour certains.

« Les personnes de la rue ont peur du règlement intérieur. La vie en collectivité peut faire peur et freiner. On leur demande de s'insérer, de s'inclure dans le groupe, dans la vie de la maison relais. »

« Les repas obligatoires, la collectivité peuvent faire qu'ils n'adhèrent pas au projet. »

- **L'environnement de vie** est également un critère important pour les personnes. **Le mot** « environnement » recouvre divers éléments : la situation géographique de la structure, les résidents accueillis dans la structure. Certaines personnes ne souhaitent pas s'éloigner de leur environnement actuel ayant leurs repères, des accompagnements mis en place. D'autres, au contraire, vont rechercher à s'éloigner de leur environnement passé, ou bien se rapprocher de la famille.

« Refus également de croiser certains résidents qui sont plus marqués »

« L'environnement aussi qui est assez éloigné du centre ville qui peut faire peur. »

Etant un dispositif de logement pérenne, quelques pensions de famille se tiennent à disposition tout au long de l'année pour faire visiter la structure aux personnes en réflexion sur leur projet de vie. Cela permet aux professionnels de travailler avec la personne sur son projet logement, ses attentes, les dispositifs existants, etc. et ainsi de cheminer avec elle sur le long terme dans l'évolution de son projet.

« L'intégration d'une pension de famille est souvent un projet à long terme ».

2. Les critères d'admission et les refus d'admission

A. Les critères d'admission

Hormis les critères administratifs (ressources, situation familiale, etc.), les professionnels sont attentifs à plusieurs éléments pour étudier un dossier et notamment :

➤ **Le projet de vie de la personne, ses souhaits, sa motivation**

Les professionnels s'intéressent alors au niveau d'autonomie des personnes, à leur histoire de vie, à leur réseau social.

« On a des personnes qui cherchent un logement car ils n'ont pas de toit mais qui ne voient pas l'intérêt spécialement d'être dans une résidence. »

« On vérifie que c'est vraiment le projet de la personne, et pas celui du travailleur social »

➤ **L'adhésion de la personne au projet de la pension de famille** notamment concernant l'implication dans la vie collective et le respect du fonctionnement de la structure. C'est « un critère indispensable » selon les professionnels.

« Il faut qu'ils comprennent ce qu'est la pension de famille ; on leur propose une dynamique, un groupe, une vie ; ils doivent adhérer à tout ça »

« On vérifie que le collectif lui correspond. Il faut que la personne ait envie d'adhérer au collectif. Quand on vient en pension de famille, le collectif est support à beaucoup de choses. Une personne qui n'a pas du tout envie d'adhérer au collectif, elle n'a rien à faire en pension de famille. Une personne qui vient en pension de famille pour rester dans son logement et qui ne crée pas de liens avec les personnes, ça ne sert à rien. »

Les professionnels d'une résidence accueil indiquent qu'ils sont surtout attentifs à ce que les personnes puissent « s'adapter au cadre du fonctionnement de la résidence plus qu'à la vie du groupe. »

➤ **Les problématiques ou pathologies de la personne** notamment les pathologies d'ordre psychiatrique, les addictions. Les professionnels vérifient qu'elles soient en adéquation avec leurs missions et leurs possibilités d'accompagnement. Concernant les personnes ayant des troubles psychiques, quelques pensions de famille "classiques" et toutes les résidences accueil vérifient que les personnes soient stabilisées et inscrites dans un parcours de soins. Dans les résidences accueil, le dossier de demande d'admission comprend un avis médical.

« On est vigilants là-dessus car on n'est pas professionnels de santé. On s'assure que les personnes soient stabilisées. Dans le dossier, elles le sont mais ça ne correspond pas toujours dans la réalité. »

« On reste vigilant au niveau des addictions. Ce n'est pas forcément des choses que nous ont communiqué les partenaires médicaux. Ils ont omis de nous le communiquer. »

➤ **Le niveau d'autonomie des personnes**, pour la réalisation des actes de la vie quotidienne, de démarches, etc.

« On a un bon équilibre entre les gens qui ont une capacité d'autonomie, des personnes qui vont gagner un peu d'autonomie et des personnes pour lesquelles c'est plus difficile. On arrive à avoir les trois cas de figure. Pour l'équilibre de la structure, c'est bien. »

- **L'équilibre du groupe** : La circulaire de 2002 relative aux pensions de famille met en avant **l'importance de la mixité sociale** en termes de profils, parcours pour dynamiser la vie sociale de la pension de famille et favoriser son ouverture sur l'extérieur.

Parmi les professionnels rencontrés en entretien, plusieurs indiquent rechercher cette mixité au sein groupe pour « *essayer de reconstituer une vraie vie avec des gens très divers* », pour « *apporter une richesse* » au groupe. Pour autant, la mixité est surtout perçue par les équipes comme un moyen d'assurer **un certain équilibre au sein de la structure**, que ce soit pour les résidents ou les professionnels.

Les professionnels sont alors vigilants à étudier le profil de la personne au regard du groupe déjà présent sur la structure. Selon les professionnels rencontrés, la mixité du groupe se fonde sur plusieurs caractéristiques : l'âge, le sexe, la situation conjugale, la nationalité, etc. mais deux caractéristiques apparaissent plus prégnantes : le niveau d'autonomie des personnes et les problématiques rencontrées par les personnes.

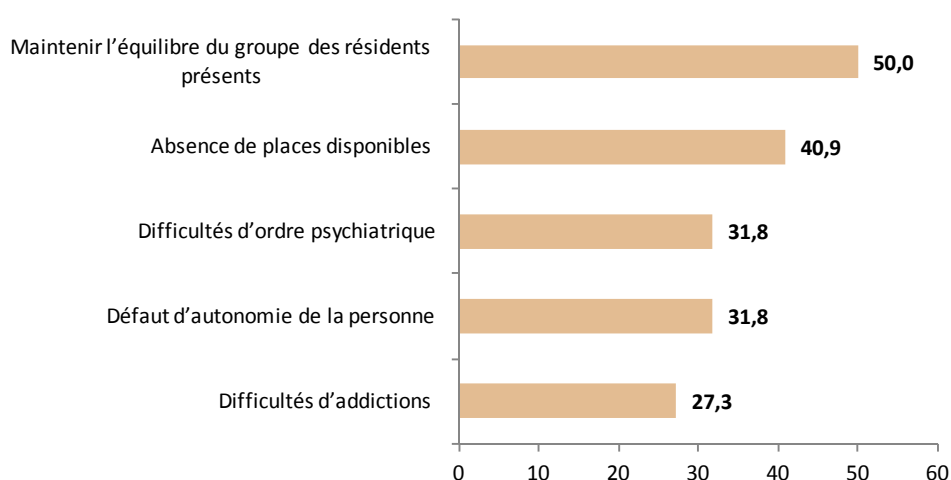
« Il faut tenir compte de la situation de la personne mais aussi de la situation du groupe (sexe, problématiques...). Exemple : si dans le groupe la problématique alcool est stabilisée, on peut faire rentrer une personne avec une problématique alcool. Mais, si dans le groupe il y a des personnes en rechute, ce n'est pas le bon moment pour accueillir une personne avec une problématique alcool ».

D'autres éléments de la situation sont pris en compte comme le parcours de vie de la personne ou son isolement.

B. Les refus d'admissions

75,9 % (soit 22 pensions de famille) ont déclaré avoir été contraintes de refuser des personnes en 2012. 20 structures ont pu renseigner le nombre de refus. Parmi celles-ci, 72 demandes d'admissions ont ainsi été refusées.

28 - Motifs de refus de demandes d'accueil les plus fréquents (en %)



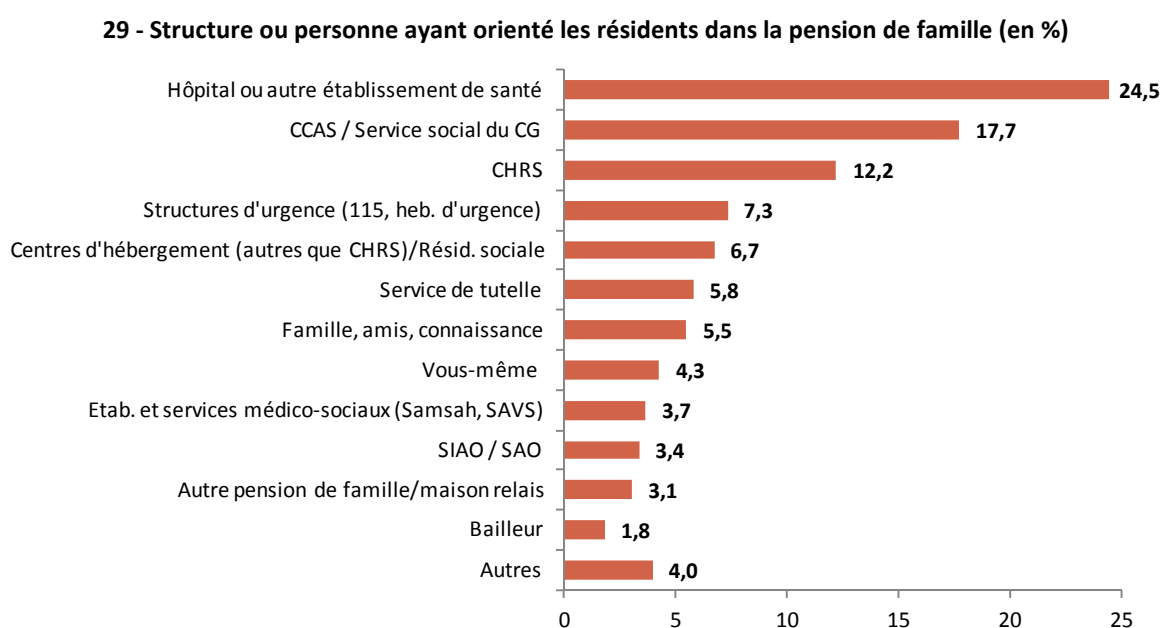
Refuser l'admission d'une personne pour maintenir l'équilibre du groupe des résidents déjà présents au sein de la pension de famille est la première raison évoquée (50,0 % soit 11 structures). C'est ensuite le manque de places qui est avancé pour 40,9 % des pensions de famille (graphique 28).

3. Les principaux orienteurs

Environ un quart des résidents déclare avoir été orientés dans la pension de famille par un hôpital ou un autre établissement de santé. Les professionnels enquêtés ont en effet déclaré que les services de psychiatrie (hôpital, CMP) orientent fréquemment des personnes vers leurs structures. Pour le cas particulier des résidences accueil, les professionnels de psychiatrie, publics ou privés, constituent le principal orienteur.

Arrivent ensuite les services sociaux des CCAS ou des Conseils généraux puis les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Selon les professionnels enquêtés, les services de tutelle orientent également fréquemment.

Des résidents davantage orientés par des hôpitaux ou autres établissements de santé



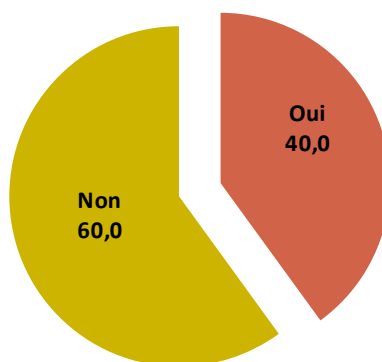
4. Les limites et freins à l'orientation

A. Présence d'orientation par défaut

40,0 % des structures (soit 12 sur 30) déclarent avoir des personnes orientées par défaut au sein de leur pension de famille. Lors de ces entretiens, ce sont uniquement les professionnels intervenant au sein des pensions de famille "classiques" qui ont fait ce constat.

« D'une manière générale, c'est devenu un peu du fourre-tout. On a tendance à balancer tous les profils en pension de famille ou maison relais sans se soucier de l'équilibre du collectif, sans se soucier des formations, des compétences et des capacités des équipes en place, etc.

30 - Part des structures ayant des personnes orientées par défaut (en %)



Ces orientations par défaut concernant essentiellement deux profils de publics :

➤ **Des personnes avec un handicap : déficiences intellectuelles ou troubles psychiques**

Selon les professionnels, ces personnes sont orientées vers les pensions de famille "classiques" du fait d'un manque de places en structures spécialisées (appartements thérapeutiques, foyers de vie, résidences accueil, etc.) notamment.

« En ce qui concerne les « psys », ils relèveraient plus d'un appartement thérapeutique. Ils sont orientés ici du fait du manque de place. »

« Les personnes dont personne ne veut, qui posent des difficultés, connues des services sociaux du département. On n'est pas toujours sur des personnes avec des troubles psychiques, qui ne sont pas suivies, pas diagnostiquées. A cela s'ajoutent l'alcool, l'errance, la famille qui n'en veut plus. »

➤ **Des personnes très exclues et marginalisées, dont « personne ne veut », qui « sont à la marge, ne rentrent pas dans les cases ».**

Les professionnels évoquent le cas des personnes vieillissantes ayant de longs parcours de rue qui ont tendance à être orientées vers les pensions de famille sans prendre en compte leurs réels souhaits ou projets.

« Beaucoup de personnes, parce qu'elles sont marginalisées, parce qu'elles sont vieillissantes, sont orientées vers la pension de famille. Mais est-ce qu'on a demandé à la personne si c'est ce qu'elle souhaitait ? »

Le risque de ces orientations réalisées par défaut est de déstabiliser la vie d'une structure, la vie d'un groupe et d'avoir un impact sur les résidents et les professionnels. En effet, l'équilibre d'un groupe est fragile et une seule personne peut en compromettre le bon fonctionnement.

Un professionnel fait état que depuis l'orientation par défaut de deux personnes dans sa structure « tout à basculer ». Cela a fragilisé d'autres résidents qui sont partis de la pension de famille avant d'être réellement prêts. « Il faut avoir la force de se dire qu'on peut avoir un appartement de libre que d'introduire une personne qui va détruire le travail collectif réalisé, les personnes, qui va les envoyer à l'hôpital. » Depuis cet incident, « le comité d'attribution ont été très à notre écoute sur les réserves qu'on émettait. Il y a une prise de conscience mais en même temps ces personnes sont toujours là et continuent de perturber la structure. Ils n'y a pas d'autres solutions pour elles ».

« Si on rentre sur la pension de famille parce qu'on a des difficultés pour accéder au logement pour X motifs, et notamment des impayés, ou parce qu'il n'y a pas de place immédiatement sur une post-cure, ou etc on va dans le mur. On ne respecte pas la circulaire et on fait plus de mal que de bien parce qu'on détruit un collectif. Une personne pas bien dans le groupe le fait péter. On est malveillant vis-à-vis de la personne qu'on accueille car on lui fait rêver de choses qui ne seront pas accessibles pour elle. D'ailleurs, on va l'inciter à participer à un collectif qu'elle dénigrera ou qu'elle ne désirera pas automatiquement. »

B. Les évaluations sociales incomplètes

Plusieurs professionnels rencontrés mentionnent que les évaluations sociales réalisées par les services orienteurs ne permettent pas de connaître la situation de la personne dans sa globalité. Les informations relatives à sa problématique, à son parcours de vie sont souvent succinctes ou parfois absentes.

Les services orienteurs ne disposent pas toujours, eux aussi, de ces éléments, n'ayant parfois qu'une connaissance parcellaire de la personne. Aussi, les professionnels des pensions de famille mentionnent que c'est avec le temps et la proximité qu'ils vont découvrir réellement la personne, ses besoins, ses problématiques, etc. tout en faisant état que pour certains cela restera de l'ordre de l'inconnu.

« Dans la durée, on apprend des choses. A force de se côtoyer, on se confie. »

« Vous n'avez pas toujours l'historique de l'antériorité de la situation. Dans le rapport social, il manque un gros morceau du parcours de vie de la personne et c'est au quotidien, dans les échanges que l'équipe va mener avec ces personnes que les choses vont se livrer. Et au final, on en saura davantage sur la situation préalable de ces personnes, qu'on n'a pas forcément à l'esprit au moment où elles arrivent. On a une petite période d'un ou deux ans, hormis ceux qui sont connus depuis X années sur le territoire, on découvre au fur et à mesure. L'évaluation qui en est faite au départ est une évaluation sommaire, pas aussi complète qu'on le souhaiterait. »

Parfois, les évaluations semblent « aménagées », selon les professionnels rencontrés, pour favoriser l'entrée d'une personne dans un dispositif. Ceci est souvent mis en avant pour les personnes souffrant de troubles psychiques/psychologiques.

« Quand un service oriente une personne chez nous, il ne nous informe pas forcément sur sa pathologie. Pour une personne c'est le cas aujourd'hui, pour laquelle on soupçonne la schizophrénie. »

« L'évaluation qui en est faite au départ est une évaluation sommaire, pas aussi complète qu'on le souhaiterait. »

« Quand on a une orientation, les partenaires ne sont pas toujours francs. »

« Au niveau du dossier qui passe en commission, les problèmes psy ne sont pas forcément mentionnés. Ils donnent l'accord et on découvre le problème psy par la suite. On est souvent mis devant le fait accompli »

Par conséquent, pour favoriser la connaissance des personnes, les structures ont pris certaines initiatives ou précautions comme la mise en place d'entretiens en amont des admissions pour mieux étayer la situation de la personne. Une pension de famille va instaurer une période d'essai (voir chapitre suivant).

5. Les leviers : exemples d'initiatives

A. Bien communiquer pour améliorer la lisibilité du dispositif

Pour que les orientations soient les plus pertinentes possibles, les professionnels mettent en avant la nécessité **d'informer les professionnels « orienteurs »** sur les objectifs de la pension de famille, son fonctionnement, etc. afin qu'ils puissent mieux travailler avec les personnes l'orientation vers ce type de dispositif.

« Tout l'intérêt c'est que la maison relais soit bien identifiée auprès des partenaires. Il faut que la structure soit présentée (aux personnes) le plus lisiblement possible pour qu'ils aient déjà une connaissance, une projection de ce que pourrait être leur accueil sur la maison relais »

Le travail d'information est d'autant plus important qu'il existe sur les territoires une diversité de pensions de famille qui se distinguent par l'environnement de vie proposé, la dynamique de la vie collective, etc. Cette diversité considérée, par certains, comme un atout peut aussi, pour d'autres, être une source de confusion.

B. Etudier les demandes des personnes au regard de la diversité de fonctionnement des pensions de famille

Les pensions de famille présentent une hétérogénéité de fonctionnement qui est très souvent perçue comme une plus-value par de nombreux interlocuteurs. Celle-ci permet de répondre à des besoins, des attentes différentes de personnes en termes de vie sociale, d'environnement géographique, de type d'habitat, etc.

Aussi, certains professionnels proposent de prendre en compte ces spécificités lors de l'étude des demandes des personnes afin de confronter les besoins de la personne à l'offre existante.

Il serait intéressant de « prendre en compte, pour chaque candidature, le fonctionnement de la maison relais. Quel est son atout ? Chaque maison relais a sa spécificité. Il faut parier sur ces spécificités, qui fonctionnent, qui produisent des individus et des citoyens. Il faut donner à la personne de bonnes conditions, un lieu où il pourra amener à bien son projet, où elle pourra travailler ce projet. »

La mise en place d'une commission commune à plusieurs pensions de famille, situées sur un même territoire, est une réponse possible. C'est le cas dans un département de la région (voir exemple cité page 56).

C. Associer les partenaires à la vie de la structure

La majorité des pensions de famille s'appuie sur les partenaires dans le cadre des commissions d'admission. La participation à ces réunions favorise la connaissance du dispositif par les partenaires et leur permet de mieux appréhender les risques liés à des orientations par défaut.

Mise en place d'un comité de suivi

Une pension de famille rencontrée a confié à la commission d'admission une fonction de suivi (d'où le nom « comité de suivi »). Ainsi, les partenaires sont associés à la réflexion sur le fonctionnement de la structure. Des groupes de travail sont régulièrement proposés sur des thèmes choisis par l'équipe.

Par exemple, les partenaires sont associés à la réflexion sur « des améliorations continues, sur des documents de travail, des outils de travail, qui permettraient d'évaluer les choses différemment et de faire en sorte que la prise en charge soit de meilleure qualité. Qu'est-ce qu'on pourrait leur apporter

de plus pour faire en sorte qu'ils soient mieux pris en charge ? Où trouver d'autres relais auxquels on n'aurait pas forcément pensé ? Sur le dernier groupe de travail, il y a eu un travail sur le règlement intérieur, sur le dossier d'admission »

L'intérêt de cette démarche est de bénéficier de l'expertise d'autres professionnels et de maintenir autour de la structure une dynamique partenariale.

« Cela permet d'avoir un regard extérieur de partenaires sur les évolutions qui peuvent être proposées. La commission se réunit sur proposition de l'équipe pour valider les travaux qui ont été pensés par l'équipe, les recorriger si besoin et en fonction des approches des uns et des autres, en fonction des regards extérieurs qui peuvent être aussi apportés »

Cette initiative reste néanmoins exceptionnelle et est à resituer dans son contexte : la création de cette structure est issue d'une réflexion partenariale animée par la DDCS.

Les deux rapports d'évaluation nationale sur les dispositifs pensions de famille et résidence accueil encouragent **la création de comités de suivi pour consolider le partenariat et ainsi améliorer la qualité des orientations ainsi que le suivi des résidents :**

- * *« Inscrire les maisons relais dans un partenariat opérationnel avec les acteurs locaux : les partenariats peuvent prendre la forme d'un comité de suivi pour l'orientation ou le suivi des personnes logées. La commission d'admission peut également devenir un espace d'échanges et de suivi entre les partenaires, depuis l'orientation jusqu'au suivi régulier de la situation des résidents. »*
- * *« La mise en place d'instances partenariales pour définir ensemble les modalités de fonctionnement de la résidence et notamment les critères d'admission semble être une bonne pratique favorisant par la suite les relations partenariales et le respect de l'équilibre de peuplement. » [10, 11]*

D. Mise en place d'une période d'essai

Une pension de famille enquêtée a mené une réflexion sur **l'instauration d'une période d'essai**. Elle sera proposée, en fonction des besoins, aux personnes pour lesquelles *« on se demande si la structure est adaptée à leur problématique »* ainsi que pour *« certains résidents qui ont besoin de cette période d'essai pour savoir si ça leur correspond vraiment. »*. Cette période d'essai est un moyen de tester la motivation et la capacité d'adaptation de la personne et ainsi veiller à respecter un bon équilibre au sein du groupe.

« Il y a une différence entre la présentation de la structure par le travailleur social et le fait d'y être pendant un laps de temps pour y vivre réellement et savoir vraiment ce qu'il en est ».

Ce projet a été réfléchi en équipe, avec la direction puis avec les partenaires. Elle est en cours de mise en place et pourra être proposée dès les prochaines entrées sous les modalités suivantes :

« La période d'essai serait de trois mois en maintenant le lien avec les personnes qui l'ont orienté. S'il y a inadéquation, on garde le lien avec le travailleur social qui l'a orienté pour retrouver une autre structure. »

La mise en place de période d'essai sur un dispositif tel que les pensions de famille met en évidence les difficultés de ces structures à mettre fin à l'accueil d'une personne qui mettrait en danger l'équilibre d'une structure. Relevant du logement durable, ce sont les règles de droit commun qui s'appliquent pour la résiliation d'un bail au sein d'une pension de famille.

L'évaluation menée en 2010 sur les résidences accueil préconisait de *« prévoir des possibilités légales de « périodes d'essai » dans les résidences accueil pour vérifier la pertinence de cette réponse aux besoins exprimés, repérés. »* [11]

Pistes de réflexion...

1 Favoriser l'implication des partenaires dans le fonctionnement de la structure.

Divers outils peuvent favoriser leurs implications :

- × La généralisation de commissions d'attribution multi-partenaire qui peuvent être commune à plusieurs structures d'un même territoire,
- × Le développement des comités de suivis,
- × L'implication des partenaires dans la définition du projet social de la structure.

Au vu des enjeux de l'orientation, il semble important de conserver des commissions d'attribution tout en pensant l'articulation avec les SIAO dont la mise en place sur les départements se poursuit.

2 S'appuyer sur un réseau de services « orienteurs » large et divers (professionnels de santé et médico-social, professionnels issus du secteur de l'hébergement, de l'insertion) afin de favoriser la mixité des publics accueillis dans les pensions de famille

3 Communiquer auprès des partenaires (dont les SIAO) sur les spécificités et variété de pensions de famille

4 Etudier les demandes d'admission au regard de la diversité de fonctionnement des pensions de famille

5 Engager une réflexion sur les outils à développer pour l'accompagnement des résidents en s'appuyant sur les expérimentations menées comme la mise en place de périodes d'essai ou de projet individuel.

6 Veiller à soutenir les professionnels intervenant au sein des pensions de famille. Plusieurs modalités de soutien sont développées et sont ainsi à maintenir, étendre ou encore renforcer :

- **Garantir des temps d'échanges et de soutien technique en équipe et/ou avec les responsables** (temps de réunion, d'échanges de pratiques, temps d'échanges d'informations quotidien, etc.).
- **Favoriser la formation continue des professionnels sur des thématiques liées à leurs pratiques quotidiennes** (ex : santé mentale, gestion des conflits, vieillissement, etc.).
- **Soutenir et étendre à toutes les structures les initiatives de rencontres locales entre professionnels de pension de famille.** Ce soutien pourrait être un appui à l'animation de ces rencontres, un appui méthodologique ou encore des appuis théoriques pour favoriser la réflexion.

7 Engager une réflexion sur l'identité professionnelle des professionnels appelés « hôtes » dans la circulaire du 10 décembre 2002. Il apparaît important de mieux qualifier et valoriser ce métier. En effet, cette fonction reste encore mal appréhendée par les partenaires extérieurs et des questionnements de la part des professionnels eux-mêmes subsistent (rôles, limites, responsabilités de leur fonction). Cette réflexion participera à la reconnaissance de ce métier et du travail effectué.



Partie 2

»»» *Les résidents des pensions de famille :*

Profils et parcours résidentiel

Cette partie a pour objectif de décrire la population résidant en pensions de famille et de pouvoir mieux appréhender les parcours individuels.

Le recueil des informations des premières questions (type d'hébergement, sexe, date de naissance et situation familiale) a porté sur l'ensemble des résidents présents, qu'ils aient ou non accepté la poursuite du questionnaire. Si le résident a refusé de communiquer ces informations, un membre du personnel de l'établissement a réalisé cette tâche pour lui, à partir de son dossier. Ce choix méthodologique a été effectué afin d'avoir une vision complète des caractéristiques socio-démographiques des résidents accueillis.

L'essentiel des résultats porte donc sur les 349 individus présents dans les pensions de famille de la région Centre le 18 juin 2013 et ayant accepté de participer à l'enquête.

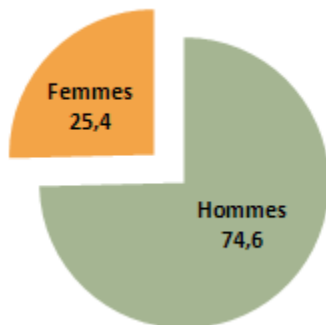


I - Le profil des résidents

1. Caractéristiques socio-démographiques

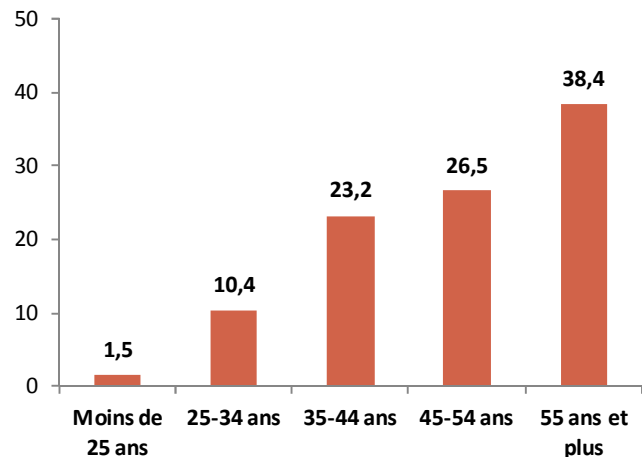
Près de 2 résidents sur 3 sont âgés de 45 ans et plus

31 - Sexe des usagers et type d'accueil (en %)



74,6 % des résidents présents le jour de l'enquête sont des hommes.

32 - Age des résidents en classe d'âge (en %)



L'âge moyen des personnes accueillies est de 50 ans et l'âge médian de 49 ans. Le plus jeune enquêté a 23 ans et le plus âgé 82. Près de 40 % des résidents sont âgés de 55 ans et plus (graphique 32). Il n'y a pas de différence significative selon le sexe des résidents.

La quasi-totalité des résidents logés seuls

96,8 % des résidents sont logés seuls au sein des pensions de famille. 1,7 % (soit 6 personnes) sont accueillis en couple, sans enfant (soit 3 couples au total) et 1,4 % (5 personnes) sont logés seuls avec enfant(s). Il s'agit exclusivement de femmes. Au jour de l'enquête, 11 enfants étaient présents au sein d'une pension de famille spécialisée dans l'accueil de femmes seules avec ou sans enfant.

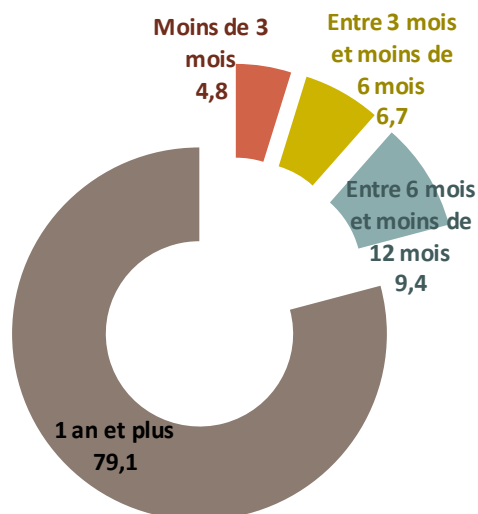
Les hommes sont plus nombreux à être accueillis seuls : ils sont 98,9 % dans ce cas contre 90,1 % pour les femmes.


Tous les professionnels rencontrés s'accordent à dire que les personnes accueillies au sein des pensions de famille sont des personnes isolées, désocialisées.

« La grosse problématique des personnes qui viennent ici, c'est l'isolement ».

Près de 80 % des résidents sont en pension de famille depuis 1 an et plus

33 - Antériorité de la prise en charge (en %)



 Du fait de la date de l'enquête (18 du mois), la catégorie "Moins de 3 mois" correspond à 2 mois complets et aux 18 jours précédents la date de l'enquête (personnes accueillies entre le 1^{er} et le 18 juin). Les autres catégories ont été calculées à partir du 1^{er} juin. Ainsi la catégorie "Entre 3 mois et moins de 6 mois" correspond à une admission entre le 1^{er} janvier et le 31 mai. Il en est de même pour les autres catégories.

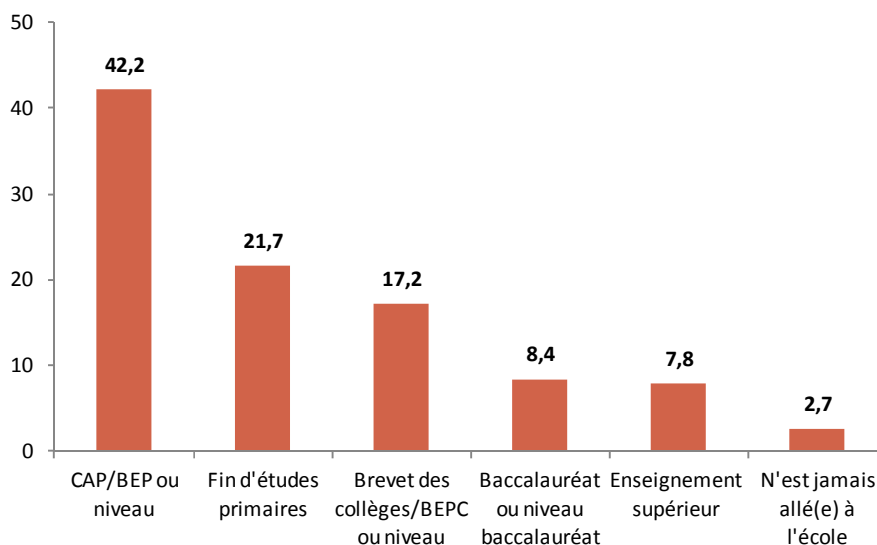
Au jour de l'enquête, environ 80 % des résidents étaient logés depuis 1 an et plus. Ce taux important de l'accueil sur une longue durée est à mettre en lien avec le fait que les pensions de famille sont des dispositifs de logement durable.

Près de 80 % des résidents ont un diplôme

76 % des résidents ont déclaré avoir un diplôme ou le niveau correspondant. Le diplôme le plus souvent déclaré est le CAP/BEP, puis le brevet des collèges ou le BEPC.

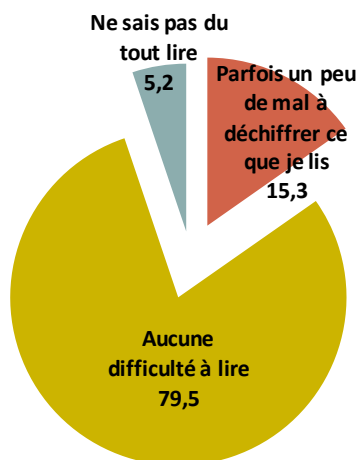
Environ 24 % ont arrêté leurs études à la fin des études primaires ou n'ont jamais été scolarisés. Environ 8 % ont le baccalauréat ou le niveau et 8 % un diplôme de l'enseignement supérieur.

34 - Niveau d'études des résidents (en %)

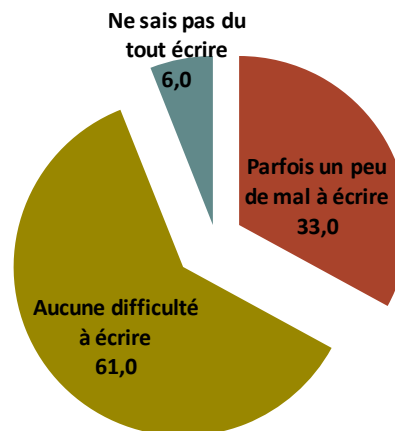


Les difficultés à écrire sont plus souvent exprimées par les résidents puisqu'ils sont environ 40 % à déclarer ne pas savoir écrire du tout ou avoir parfois un peu de mal à le faire. Cette part est d'environ 20 % pour la lecture.

35 - Difficultés à lire des résidents (en %)



36 - Difficultés à écrire des résidents (en %)

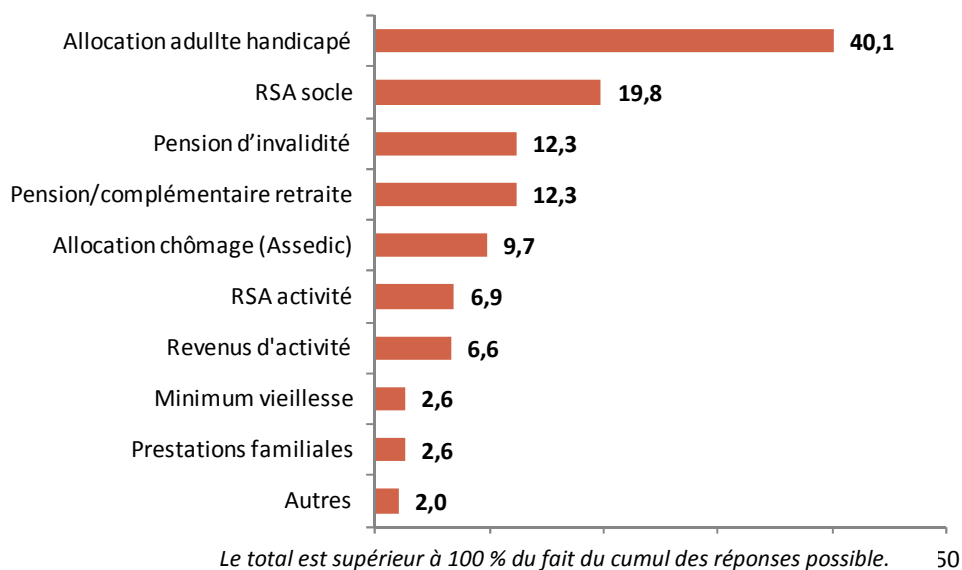


Quatre résidents sur dix perçoivent l'AAH

Les personnes accueillies sont en situation de précarité avec des ressources limitées. En effet, les principales ressources déclarées sont l'allocation adulte handicapé (AAH) puis le revenu de solidarité active (RSA) socle : près de 20 % des résidents le perçoivent. Les revenus d'activités sont déclarés par 6,6 % des résidents. La catégorie "Autres" représentent 7 cas de personnes percevant des pension(s) alimentaire(s), complémentaire(s) invalidité, allocation(s) personnalisée(s) d'autonomie (APA), pension(s) de réversion ou des revenus locatifs.

Une seule personne a déclaré n'avoir aucune ressource au moment de l'enquête.

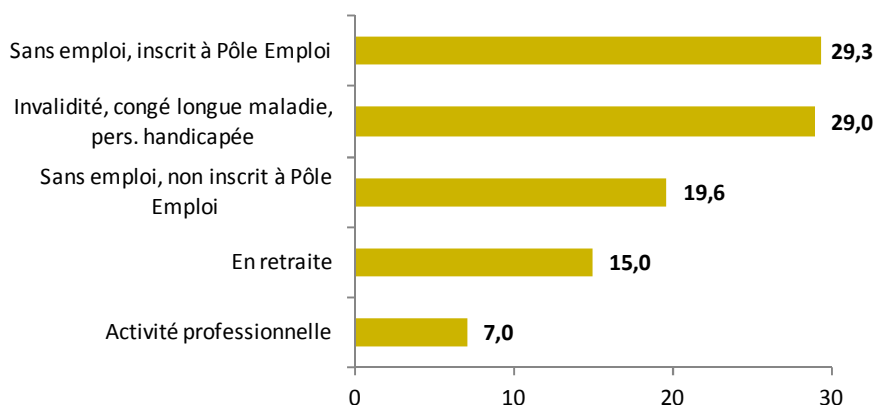
37 - Ressources des résidents (en %)



Parmi les réponses exprimées, 9,5 % des résidents ont déclaré avoir un dossier de surendettement en cours.

Moins d'un résident sur dix exerce une activité professionnelle

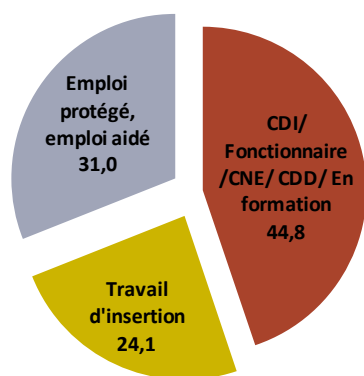
38 - Situation des résidents face à l'emploi (en %)



La très grande majorité de personnes sont, au moment de l'enquête, sans activité professionnelle : 93 % des résidents étant sans emploi dont environ 30 % sont inscrits à Pôle Emploi.

15 % sont en retraite et 7 % exercent une activité professionnelle.

39 - Type de contrat de travail des résidents (en %)



Parmi les personnes déclarant avoir une activité professionnelle (y compris congé longue maladie), environ 45 % ont déclaré avec un contrat de type CDI ou assimilé (fonctionnaire, CNE), un CDD ou être en formation au moment de l'enquête (soit 13 personnes).

Environ 30 % avaient un emploi protégé ou un emploi aidé (soit 9 personnes) et 24 % un travail d'insertion (soit 7 personnes).

Des parcours de vie marqués par des ruptures

Les personnes accueillies en pensions de famille ont vécu **des situations de ruptures d'ordre familial** (placement dans l'enfance, violence conjugale, séparation de couple), **professionnel ou autres** (incarcération).

Les professionnels parlent ainsi d'un public ayant eu « *un parcours chaotique* », « *un public très marqué par son histoire* ». Certaines personnes ont connu des situations d'exclusion lourdes : les professionnels parlent de personnes « *marginalisées* », « *des gens très abîmés* » ayant connu **des parcours d'errance** plus ou moins importants ; **de longs parcours d'addictions**.

Les parcours résidentiels des personnes sont souvent marqués par **une instabilité** avec le passage, parfois répété, par des structures d'hébergement, des temps d'hébergement chez de la famille, des amis ou des connaissances et parfois des parcours de rue plus ou moins longs.

Certaines personnes ont ainsi connu auparavant une vie autonome avec une famille, un emploi, un logement. C'est un divorce ou une séparation, une consommation excessive d'alcool, la perte d'un emploi, l'expulsion d'un logement qui les ont amenés à être dans ces situations d'exclusion.

« Des personnes qui ont eu une vraie vie : une famille, des enfants ».

« Des personnes qui se sont retrouvées dans leurs voitures suite à une séparation ».

« Beaucoup ont basculé au moment d'un divorce, se sont mis dans l'alcool où l'alcool était déjà là. Ça a été la dégringolade : perte d'emploi, perte de logement. Les enfants n'ont plus de contact avec leur père. »

Pour plus de précisions sur les raisons d'arrivée en pension de famille, voir la partie « **Le parcours résidentiel des personnes** » page 77.

Quatre résidents sur dix bénéficient d'une mesure de protection

Le niveau d'autonomie des personnes est très variable. 40,9 % des résidents ont déclaré bénéficier d'une mesure de protection. Dans 69,9 % des cas, il s'agissait d'une curatelle, dans 27,2 % d'une tutelle et dans moins de 3 % des cas de mesure(s) d'accompagnement social personnalisée (MASP), de mesure(s) d'accompagnement judiciaire (MAJ) et de cas de sauvegarde de justice. Ces résidents ont une autonomie relative quand d'autres sont pleinement autonomes dans la gestion de leur quotidien.

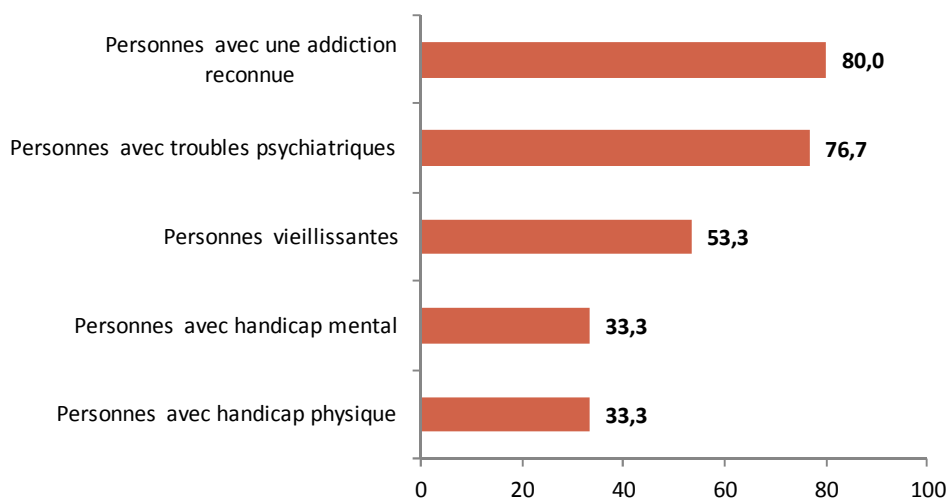
Près de 80 % des résidents ont des problématiques de santé

78,3 % des résidents ont déclaré avoir un ou plusieurs problème(s) de santé. Parmi ces derniers, 92,2 % sont suivis par un ou des professionnels de santé pour au moins un de leurs problèmes.

Certains problèmes de santé sont directement liés au parcours d'errance et d'exclusion vécu par ces personnes. Trois grandes problématiques dominent et font l'objet d'une partie détaillée (voir page 93) :

- × Les addictions
- × La souffrance psychique et les troubles psychiques
- × Le vieillissement prématuré et la perte d'autonomie

40 - Publics accueillis au sein des pensions de famille de la région Centre (en %)



Il est constaté également qu'un tiers des pensions de famille de la région déclarent accueillir des personnes présentant un handicap, soit mental, soit physique.

Accueil de publics spécifiques au sein des pensions de famille "classique"

Certaines structures parmi les pensions de famille "classiques" accueillent des personnes présentant une spécificité. Par exemple, parmi les structures rencontrées dans le cadre des entretiens :

- Une pension de famille a fait le choix **d'accueillir exclusivement des femmes seules avec ou sans enfant(s)**

Ce choix fait suite à des réflexions menées par l'équipe du CHRS de ce même organisme gestionnaire. Les professionnels avaient alors relevé pour ce public des **besoins**. En effet, certaines personnes n'étaient pas en capacité d'aller vers un logement autonome à la fin de l'accompagnement par le CHRS du fait d'un isolement persistant, d'une autonomie limitée.

- Deux autres structures **accueillent plus fréquemment** des personnes présentant les caractéristiques suivantes :
 - * des personnes en situation de handicap mental (déficiences intellectuelles)
 - * des personnes sortant d'incarcération

L'accueil plus fréquent de ces personnes est à **relier à l'histoire et/ou l'organisation de la structure**. En effet, dans le premier cas, la pension de famille a été créée à la suite d'un foyer d'hébergement qui accueillait alors des personnes présentant un handicap mental. A l'ouverture de la pension de famille, la majorité de ces personnes ont fait le choix de rester sur la pension de famille. Dans le second cas, l'association gestionnaire de la pension de famille gère également un dispositif d'accompagnement des personnes sortant d'incarcération, pouvant ainsi expliquer en partie leur nombre important au sein de la structure.

2. Cas particulier des résidences accueil: quelles sont les personnes accueillies ?

A. Des personnes présentant de troubles psychiques

Il s'agit exclusivement de personnes ayant une maladie psychique ou parfois des troubles psychologiques. Dès lors qu'elles sont accueillies au sein d'une résidence accueil, cela signifie que ces personnes ont **une maladie diagnostiquée, stabilisée et qu'elles sont inscrites dans un parcours de soins**.

Ces personnes sont principalement concernées par les pathologies suivantes : **des psychoses de type schizophrénies, des troubles bipolaires ou quelquefois de longs parcours de dépression**.

Parfois, d'autres maladies sont associées à la maladie psychique notamment « *des problèmes d'addiction : stupéfiants, alcool, cannabis, drogues dures, médicaments.* ».

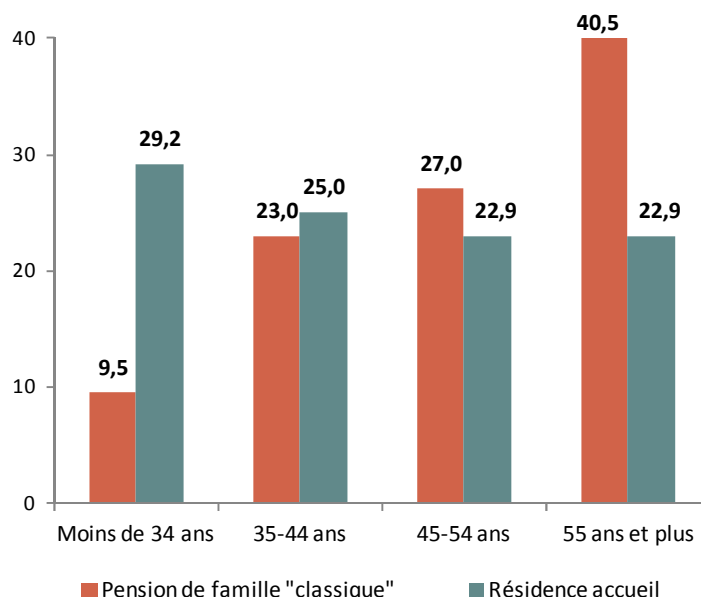
B. Un dénominateur commun mais des profils très diversifiés

Le dénominateur commun des personnes accueillies en résidence accueil est la maladie psychique.

« *Chaque situation est unique. Pas de profil type. Pas les mêmes éducations, pas les mêmes problèmes, pas les mêmes cultures. C'est une maladie qui peut se retrouver dans tous les cas de figure.* »

« Malgré le fait qu'ils aient tous une pathologie psychiatrique, ils n'ont pas tous la même histoire de famille, le même parcours, la même identité, pas le même milieu social, culturel. »

41 - Age selon le type d'accueil proposé (en %)



Comparativement avec le public accueilli en pension de famille "classique", celui des résidences accueil est plus jeune : 29,2 % ont moins de 34 ans contre 9,5 % pour les pensions de famille "classique".

Il n'existe pas de différence statistiquement significative par rapport au sexe des résidents accueillis.

La reconnaissance de la maladie en tant que handicap n'est pas requise pour l'accueil en résidence accueil. Pour autant, parmi les résidents en résidence accueil, 61,2 % ont un handicap reconnu car ils perçoivent l'AAH comme ressource. Les personnes logées en résidence accueil sont plus nombreuses à être sous mesure de protection que celles accueillies en pension de famille "classique" : 54,5 % contre 38,9 %.

Des personnes relativement isolées où la famille est néanmoins plus souvent présente

Comme pour les pensions de famille "classiques", les personnes accueillies au sein des résidences accueil sont relativement isolées. L'origine de cet isolement est liée à la maladie psychique elle-même.

Le lien avec la famille perdue en général ; « Quand il y a de la famille, elle reste présente mais au niveau amical, c'est assez restreint ».

D'ailleurs, avant leur arrivée en résidence accueil, beaucoup habitaient au sein de leur famille (44,4 % étaient hébergés par de la famille contre 8,8 % pour les personnes en pension de famille "classique"). L'arrivée des plus jeunes en résidence accueil est un choix personnel qui a pu être motivé par la présence de relations conflictuelles au sein de la famille. Pour les résidents plus âgés, l'arrivée en résidence accueil est à mettre en lien avec des « familles qui vieillissent ou décèdent ».

Le réseau amical est quant à lui beaucoup plus réduit et souvent constitué de personnes ayant également des troubles psychiques. L'apparition de maladie psychique conduit souvent à un éloignement du réseau social précédent.

« La maladie psychique fait peur, la plupart des amis s'éloignent. »

« Pour beaucoup, la plupart des amis sont issus du milieu psychiatrique aussi, ils se sont rencontrés à l'hôpital, ou ont sympathisé à la résidence. »

Certaines personnes intègrent la résidence accueil après des hospitalisations parfois répétées, parfois longues (5-25 ans) : 35,5 % de ces résidents sortaient d'un établissement de soins psychiatriques contre 5,8 % pour les personnes logées en pension de famille "classique".

Là aussi, avant l'apparition ou l'évolution de la maladie, quelques personnes ont eu une vie autonome avec un emploi, un logement, une famille.

« Ces pathologies sont évolutives. Les personnes ont pu, à un moment de leur vie, travailler, avoir un logement, et puis faire des allers-retours hôpital/famille/appartement, et quand la solution leur a été proposée, ils ont trouvé que c'était un compromis qui leur convenait. »

II - Le parcours résidentiel des personnes

1. Parcours résidentiel antérieur à l'entrée en pension de famille

A. L'arrivée en pension de famille fait suite à une diversité de situations d'hébergement - logement

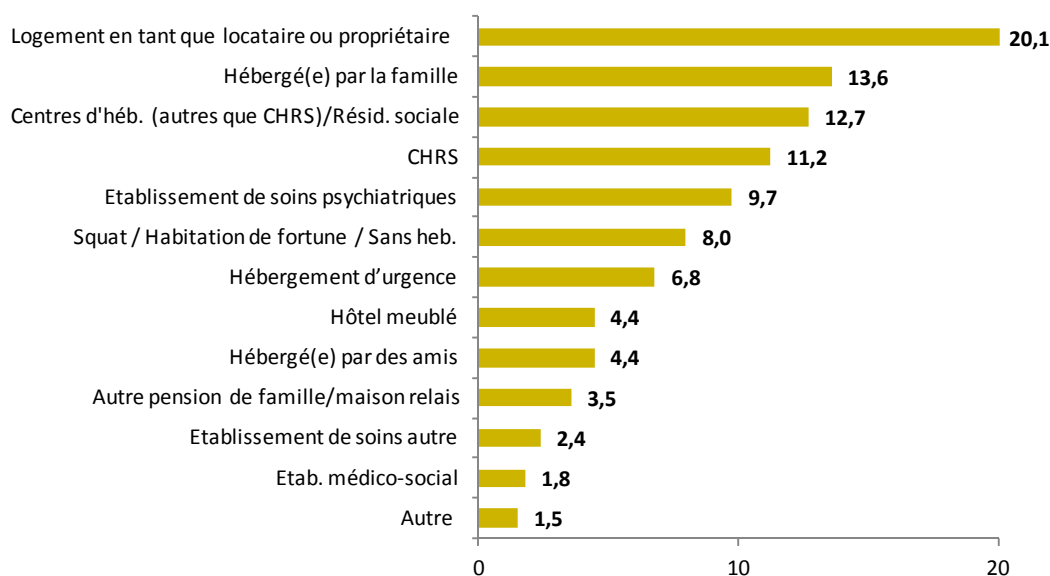
La majorité des personnes a connu **des situations d'hébergement transitoire** en amont de leur entrée sur une pension de famille :

- 30,7 % des résidents étaient accueillis **au sein de structures d'hébergement ou de logement adapté** : hébergement d'urgence (6,8 %), CHRS (11,2 %) ou autres structures comme les résidences sociales (12,7 %).
« La majorité a déjà vécu un parcours institutionnel. »
- 18 % des personnes des personnes ont déclaré avoir été hébergées **par de la famille (13,6 %) ou des amis (4,4 %)**. Les professionnels enquêtés mentionnent que certaines personnes ont toujours vécu chez leurs parents avant d'arriver sur la pension de famille.

Environ 20 % des résidents avait un logement en tant que locataire avant leur arrivée dans la pension de famille

20,1 % des résidents avait un logement en tant que locataire avant leur arrivée dans la pension de famille.

42 - Hébergement des résidents le plus récurrent avant l'admission dans la pension de famille (en %)



Plusieurs personnes sont entrées en pension de famille **suite à une période d'hospitalisation** notamment en secteur psychiatrique le plus souvent (9,7 %) ou lors d'une sortie de centre de cure, d'appartement de coordination thérapeutique, etc. d'après les professionnels rencontrés.

Certains ont connu **des parcours de rue, plus ou moins long (8 %)**. D'après cette enquête, ce profil de personnes est uniquement accueilli sur les pensions de famille "classiques".

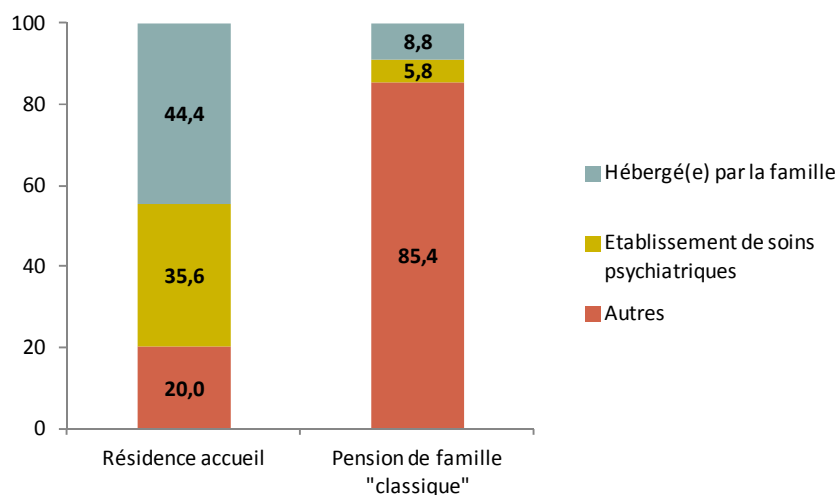
B. Cas particulier des personnes vivant en résidence accueil

Les personnes accueillies en résidence accueil ont connu des parcours résidentiels très divers. Pour autant, deux éléments ressortent de manière significative dans cette enquête. **L'arrivée en résidence accueil permet très souvent un départ de la famille ou une sortie d'hospitalisation ou de structures de soins.**

En effet, parmi les personnes accueillies en résidence accueil, le logement le plus récurrent avant leur arrivée était d'être hébergé par de la famille : 44,4 % l'ont déclaré. Ce taux est de 8,8 % pour les personnes accueillies en pension de famille "classique". L'hébergement en établissement de soins psychiatriques concerne 35,6 % des résidents de résidence accueil (5,8 % pour les résidents de pension de famille "classique").

« Certains ont essayé l'appartement thérapeutique ; ils ont eu des conduites pas du tout adaptées : conduites addictives, parce qu'il n'y avait pas d'encadrement. Ils ne s'occupaient plus de leur appartement, ne s'occupaient plus d'eux. L'encadrement des appartements thérapeutiques n'avait pas assez de temps à consacrer à ces gens-là. Ca ne convenait pas. »

43 - Hébergement des résidents le plus récurrent avant l'admission selon le type de structure (en %)

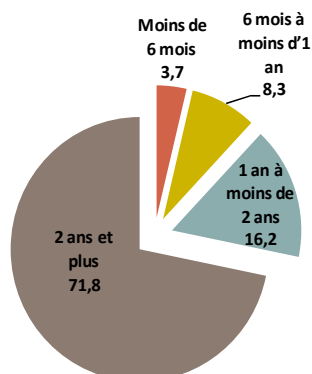


C. La majorité des personnes a déjà eu un logement autonome

Les trois quarts des résidents ont déjà été locataire ou propriétaire

76,2 % des résidents ont déclaré avoir déjà eu un logement en tant que locataire ou propriétaire. Pour environ 19 % d'entre eux, un accompagnement social était présent.

44 - Durée du dernier logement en tant que locataire ou propriétaire (en %)



Ces expériences ont été durables pour la plupart car plus de 70 % des résidents ont déclaré être restés 2 ans et plus dans leur dernier logement en tant que locataire ou propriétaire.

21,2 % des usagers ont déclaré avoir déjà bénéficié d'une mesure d'accompagnement social au logement du type AVDL ou intermédiation locative.

»» Définitions

L'intermédiation locative a pour objectif de favoriser l'accès à un logement autonome et de droit commun, tout en assurant une sécurité et des garanties au bailleur. Dans ce système, une association joue le rôle de tiers entre le bailleur et l'occupant pour assurer le paiement des loyers et sécuriser ainsi la relation des deux parties.

L'accompagnement vers et dans le logement (AVDL) est un accompagnement, sur une période déterminée, de personnes accédant à un logement ou déjà logées dans le parc privé ou social dont le problème de maintien ou d'accès dans un logement provient de difficultés financières et/ou de difficultés d'insertion sociale.

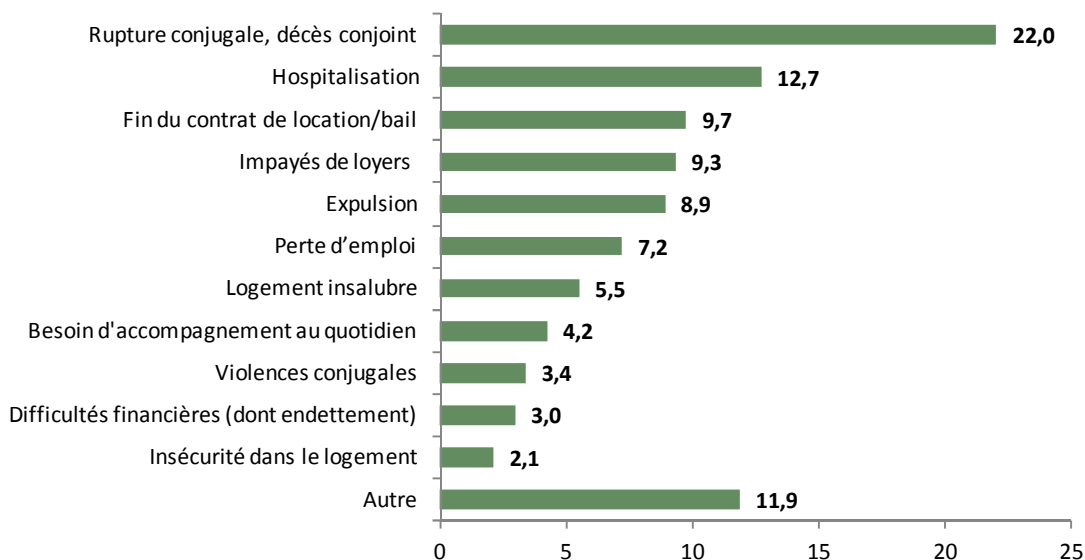
L'accompagnement vise à permettre aux personnes d'accéder à un logement et/ou à bien y vivre durablement.

Les raisons de la perte du logement

Selon les professionnels rencontrés, de nombreuses personnes avaient un logement autonome lorsqu'elles vivaient en couple. Ils indiquent que le départ du **logement fait le plus souvent suite à des violences conjugales pour les femmes ou à une séparation pour les hommes.**

C'est en effet, la première raison déclarée par les résidents dans le cadre de cette enquête : 22,0 % indiquent avoir quitté son logement suite à une rupture conjugale ou au décès de son conjoint (première raison pour les deux sexes) et 3,4 % suite à des violences conjugales (dans 7 cas que 8, cette raison est évoquée par des femmes). Ce dernier chiffre semble sous-estimé : les professionnels ayant précisé lors de cette étude que plusieurs femmes, victimes de violence conjugale, ont préféré évoquer un autre motif comme une séparation, etc.

45 - Raison majeure de la perte du logement (en %)



Une entrée en hospitalisation apparaît comme le deuxième motif évoqué par les résidents (12,7 %) pour expliquer la perte de son logement. Cela témoigne de l'impact des problématiques de santé sur les parcours résidentiels des personnes.

Par ailleurs, les professionnels rencontrés (ainsi que les données chiffrées) mentionnent également que la perte du logement est fréquemment liée à des **difficultés de gestion de son logement, des difficultés financières** (difficultés de paiement de son loyer, d'entretien du logement, troubles du voisinage) qui ont pu mener dans certains cas à des expulsions.

« Ces personnes pensaient pouvoir avoir un logement autonome classique. On veut être comme tout le monde, rentrer dans le moule. A un moment donné, on n'arrive plus à assumer toutes les charges qu'un logement autonome impose : l'entretien du logement, le côté administratif, se faire à manger etc. les choses au quotidien. »

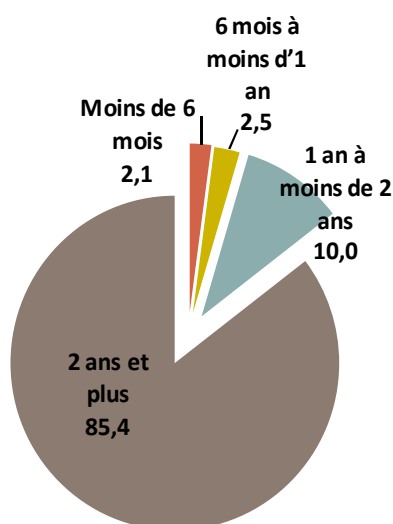
« Dégradation logement, problèmes de voisinage : certains sont dans l'incapacité d'être autonome dans un logement sans qu'il y ait quelqu'un qui régule ».

L'ancienneté de la perte de ce logement

L'ancienneté de la perte du logement remonte à 2 ans et plus pour environ 85 % des personnes ayant déjà été locataires ou propriétaires.

Selon les professionnels rencontrés, lorsqu'il y a eu une situation antérieure de logement, il n'y a pas eu d'arrivée direct en pension de famille. Une période transitoire de plusieurs mois est observée (rue, structures d'hébergement, hébergement par l'entourage, hospitalisation).

46 - Ancienneté de la perte du logement (en %)

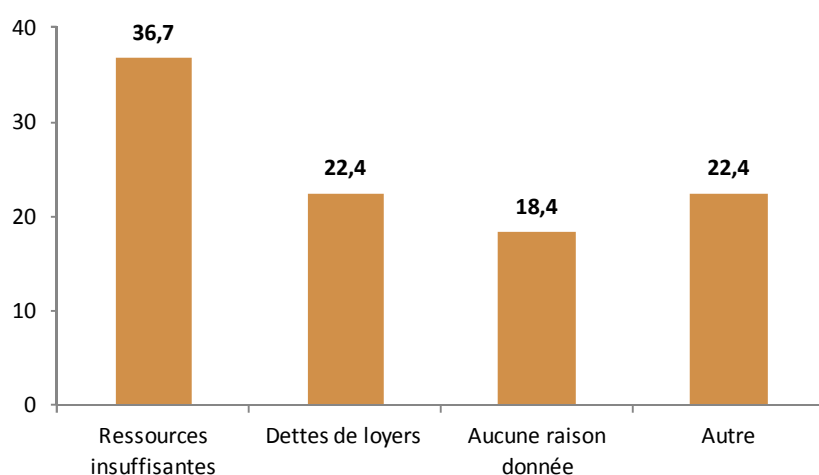


Pour environ 85 % des personnes ayant déjà été locataires ou propriétaires, l'ancienneté de la perte du logement remonte à 2 ans et plus.

Des difficultés d'accès à un logement autonome

17,0 % soit 53 personnes ont déclaré s'être vues refuser un logement en tant que locataire. Pour près de 37 % des résidents, les ressources insuffisantes ont été citées pour justifier le refus. Les dettes de loyer sont ensuite évoquées (graphique 47). Parmi ces 53 personnes, 84,9 % ont déjà été locataire ou propriétaire.

47 - Motif principal lors d'un refus de logement en tant que locataire (en %)

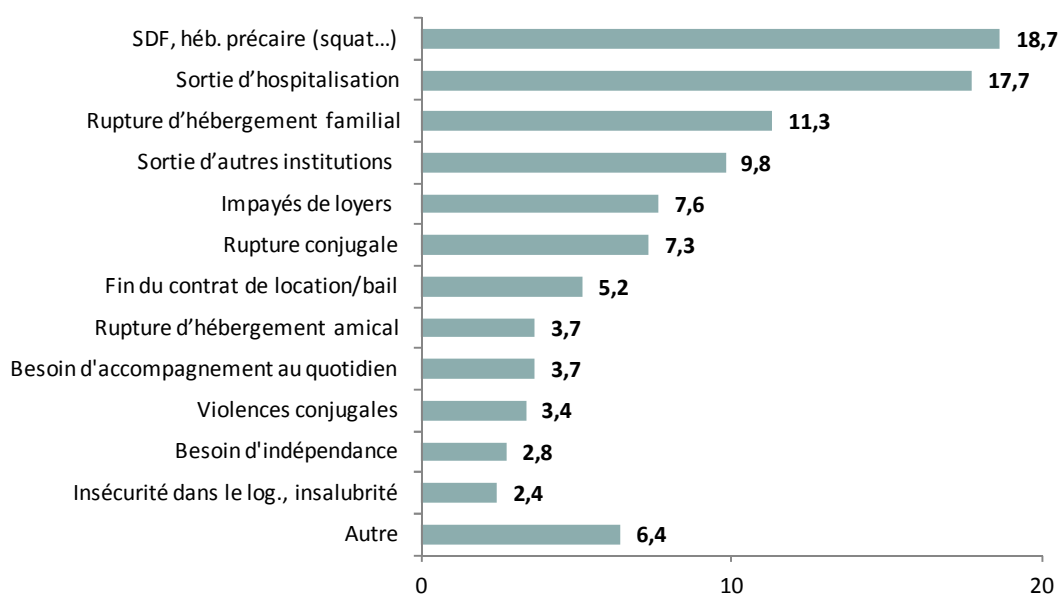


2. Les raisons de leur arrivée en pension de famille

Errance et sortie d'hospitalisation : raisons majeures de l'arrivée des résidents

Les motifs d'admission apportent un éclairage sur les trajectoires des personnes accueillies et les difficultés rencontrées. Etre sans domicile fixe/avoir connu des hébergements précaires et sortir d'une hospitalisation sont les deux grandes premières raisons évoquées par les résidents pour expliquer leur arrivée dans la structure (graphique 48).

48 - Raison majeure de l'arrivée dans le logement actuel (en %)



Les professionnels rencontrés lors des entretiens expliquent les raisons de l'arrivée en pension de famille par les éléments suivants :

A. L'isolement de la personne est un facteur expliquant souvent l'orientation des personnes vers les pensions de famille

L'orientation d'une personne vers une pension de famille se fonde sur plusieurs critères : un manque d'autonomie, des faibles ressources et la présence de dettes, une fragilité psychologique, etc. mais l'isolement et le sentiment de solitude sont récurrents dans le discours des professionnels enquêtés.

« Le passage en structure d'hébergement a répondu à un besoin urgent. C'est des personnes autonomes, avec un parcours un peu chaotique, mais ils ne voulaient pas se retrouver seuls au milieu du quartier. »

« L'idée de se retrouver seul dans son appartement est angoissant pour eux, d'où la proposition du projet de pension de famille où il y a complémentarité entre l'autonomie dans son logement et le fait de ne pas être seul, de pouvoir retrouver d'autres personnes régulièrement dans la semaine. »

B. De nombreuses personnes sont orientées en pension de famille après un parcours en CHRS

Selon l'étude menée auprès des CHRS de la région Centre en 2012 par le Creai et l'ORS⁷ : l'arrivée en CHRS est souvent la conséquence d'évènements de vie et notamment de ruptures qui font basculer ces personnes dans la précarité (séparation conjugale, violence conjugale, rupture d'hébergement par les amis-la famille, sortie ESMS, etc.).

11,2 % des résidents étaient accueillis en CHRS en amont de leur entrée en pension de famille (graphique 42). Le passage par le CHRS représentait une étape indispensable pour ces personnes qui ont ainsi pu bénéficier d'un accompagnement social étroit, nécessaire pour enclencher des démarches (mise à jour d'une situation administrative, accès aux soins, etc.).

A l'issue de la prise en charge par le CHRS, qui est limité dans le temps, les perspectives de sorties vers un logement autonome ou d'autres dispositifs de logements (IML, sous-location, résidence sociale, mesure AVDL, etc.) ne s'avéraient pas pertinentes pour ces personnes **du fait de leur isolement, d'une autonomie limitée, d'une fragilité psychologique**. Aussi, le cadre de vie semi-collectif et la présence de professionnels en pension de famille permettaient de répondre aux besoins de ces personnes.

« Les personnes qui sortent de CHRS et qui sont orientées vers une pension de famille le sont du fait de l'isolement. Le travailleur social estime que la personne aura du mal à s'en sortir dans un logement autonome parce qu'elle est isolée. L'isolement et le manque d'autonomie dans leur quotidien les orientent vers la pension de famille. »

« On a fait appel à nous pour faire tout cet accompagnement individuel, pour des gens qui sortaient de CHRS, qui avaient encore besoin et pour lesquels il n'y avait pas eu de renouvellement parce qu'ils arrivaient à terme. »

⁷ "Les usagers des CHRS : profils et parcours vers le logement", ORS et Creai Centre, mars 2013, rapport téléchargeable sur le site de l'ORS Centre et du Creai Centre.

C. Un accueil pertinent pour les personnes présentant des troubles psychiques ou en souffrance psychique

L'entrée en pension de famille et plus particulièrement en résidence accueil permet à des personnes présentant des troubles psychiques d'envisager une vie dans un logement autonome et ainsi permettre parfois une sortie d'hospitalisation ou un départ de la famille.

Les résidences accueil et les pensions de famille répondent, en effet, aux besoins de ces personnes qui ont le souhait d'avoir une autonomie mais qui ont néanmoins besoin d'une présence, d'une veille qui est assurée dans ces structures par les professionnels. Elles constituent ainsi des lieux intermédiaires entre une prise en charge institutionnelle totale et une vie complètement autonome.

« On a répondu à un certain profil de malades psychiques qui avaient besoin d'avoir des appartements à eux, mais dans un cadre, avec l'assurance d'avoir des gens autour d'eux pour pouvoir répondre à leurs questions. C'est surtout ça qu'il faut mettre en avant : le compromis entre le fait d'avoir un logement à soi, et la présence de quelqu'un en cas de problème. Ce sont des gens qui avaient besoin de ce compromis, qu'on ne retrouve pas dans d'autres dispositifs » (professionnel d'une résidence accueil)

« Il y a un certain nombre de gens qui sont à l'hôpital depuis longtemps, qui sont relativement stabilisés à condition qu'ils aient du soin. Du coup, ils peuvent vivre ailleurs qu'à l'hôpital, avec un soutien, une veille. » (Professionnel d'une résidence accueil)

« Ils ne peuvent pas vivre seuls ; ils ne peuvent pas vivre à l'hôpital ; donc ils doivent bien vivre quelque part » (Professionnel d'une pension de famille "classique")

Les pensions de famille et les résidences accueil sont ainsi venues compléter la palette des alternatives pouvant être proposées aux personnes ayant des troubles psychiques ou étant en souffrance psychique.

L'intérêt des résidences accueil, selon les professionnels enquêtés, réside dans le fait qu'elles soient issues du secteur social et médico-social et non pas sanitaire. Pour les professionnels, l'accueil en résidence accueil prend ainsi un autre sens qu'un accueil en appartement thérapeutique où le cadre de vie, les professionnels sont associés à la notion de soins.

« La différence est énorme : ce sont des soignants qui accompagnent les gens, ce sont des infirmiers. »

« C'est important du point de vue symbolique. Tout un travail est fait autour du fait qu'on peut être malade et vivre d'autres choses. Ils ont une propre identité qui ne se résume pas au fait d'être malade, des propres désirs qui sont à la hauteur de ce qu'on peut avoir comme désirs dans ces maladies. En tout cas, on peut exister en tant que personne et être accompagné dans cette maladie. »

Portrait d'une personne accueillie en pension de famille "classique" suite à une longue prise en charge par les services de psychiatrie

« On a un monsieur de 62 ans qui a fait 40 ans en hôpital psychiatrique. Le CMP a indiqué que nous avons réussi à obtenir de lui en 2 ans ce qu'ils n'avaient pas réussi à obtenir en 40 ans. On a réussi à le faire participer, à avoir une vie stable. Ce monsieur faisait régulièrement des tentatives de suicide. On a eu des peurs, des frayeurs. On a proposé une autre prise en charge, un autre regard, non pas celui du secteur médical. Cette personne était seule, il n'était pas du tout autonome. On a mis en place une aide à domicile 3 fois par semaine pour le nettoyage de la chambre, la préparation du repas, et aujourd'hui pour lui faire ses courses. Cela s'est fait tout naturellement. Ils (les professionnels du CMP) nous ont dit ça car ils ont vu ce monsieur participer à des activités, s'intégrer à un groupe, faire des choses, des sorties, être stable. »

3. Les sorties et les perspectives

A. Les pensions de famille sont avant tout un dispositif de logement pérenne

Certains professionnels revendiquent sur cette question des sorties que les pensions de famille sont avant tout un dispositif de logement pérenne et donc que « *souhaiter la sortie, c'est ne rien avoir compris à la circulaire* ». Les professionnels veulent surtout insister sur le fait qu'une sortie ne peut être envisagée que si « *on a réussi à résoudre fondamentalement et durablement la problématique d'isolement*. »

De manière générale, la question des sorties a été appréhendée dans les pensions de famille **à partir du moment où des personnes ont exprimées l'envie ou le besoin de partir**. Ce n'est pas un axe sur lequel les personnes sont initialement accompagnées par les professionnels. D'ailleurs, certains professionnels n'avaient pas envisagé à l'ouverture de leur structure d'avoir des sorties régulières.

« On était plutôt sur un dispositif de logement pérenne. La personne pouvait y rester 5, 10, 15 ans, en fonction de son souhait. Même si la personne est stabilisée, que l'accompagnement n'est plus forcément nécessaire au quotidien, la personne a la possibilité de rester sur cette structure. De fait, on n'envisageait pas forcément des sorties aussi régulières que cela. Au final, on se rend compte que les personnes évoluent, leur situation évolue. Elles ont aussi envie d'évoluer par le biais d'un accès à un logement autonome. De fait, c'est une donnée que l'on ne percevait pas forcément au moment de la création de cette structure. »

« L'envie de partir doit venir de la personne. Je ne me pose pas la question si ça va être juste une étape ou dans la durée. Je leur dis qu'ils ont une semaine de préavis le jour où ils veulent partir. »

B. Une mixité de situations : un logement transitoire pour certains et durable pour d'autres

Globalement, les professionnels observent l'existence de deux types de situations au sein de leurs structures : des personnes pour qui la pension de famille constitue une étape durable mais non définitive, et d'autres qui resteront à long terme sur la structure.

« C'est du logement durable pour certains qui ont demandé à être enterrés dans le jardin ! Pour d'autres, ce sera un passage, mais ils veulent prendre leur temps. Nous essayons de leur faire comprendre que ce doit être une étape, on essaie de les booster. »

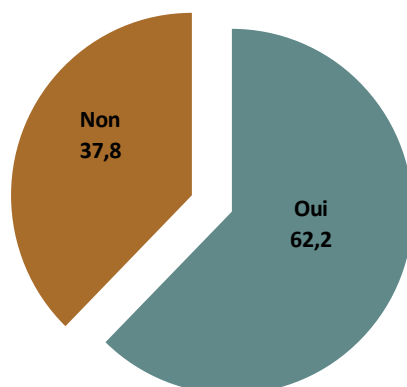
Plusieurs professionnels estiment que cette mixité de situations est un élément important pour maintenir une dynamique au sein de la structure car elle permet un certain renouvellement des personnes au sein du groupe.

a) Un logement transitoire pour certains

Au cours des trois années précédents l'enquête ou depuis leur ouverture, toutes les pensions de famille ont vu des résidents quitter la structure. Au total, 290 personnes ont quitté les pensions de famille de la région.

Par ailleurs, plus de 6 résidents sur 10 envisagent, en effet, un jour de partir de la pension de famille pour aller vivre dans un autre endroit.

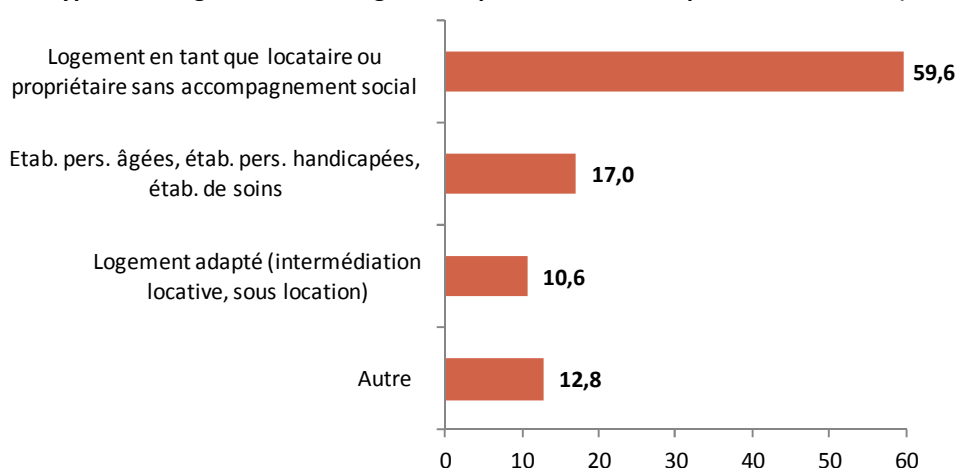
49 - Part des résidents ayant déclaré envisager partir un jour de la pension de famille (en %)



Pour autant, seuls 16 % des résidents ont déclaré avoir le projet de quitter prochainement la pension de famille dans moins de 6 mois, soit 51 personnes. Aussi, ces résultats mettent bien en évidence le caractère durable du logement et la nécessité d'accompagnement des personnes dans la durée pour mettre en œuvre un projet de départ.

Parmi les personnes ayant déclaré avoir le projet de quitter la pension de famille dans les 6 mois à venir, la grande majorité des personnes souhaite accéder à une autre forme de logement : 59,6 % à un logement autonome sans accompagnement social et 10,6 % à une autre forme de logement adapté (sous-location, intermédiation locative). Pour autant, le projet de départ consiste pour 17 % à rejoindre une structure plus adaptée à leurs besoins comme une structure spécialisée pour personnes âgées ou personnes handicapées ou encore une structure de soins.

50 - Type d'hébergement ou de logement après la sortie de la pension de famille (en %)



>>> Définitions

Un **logement** est dit "**adapté**" lorsque l'usager n'est pas titulaire en titre du logement (hors allocation de logement temporaire). Les pensions de familles et l'intermédiation locative sont les deux grandes catégories de logement adapté.

Un **logement** est dit "**ordinaire**", "**de droit commun**" ou encore "**autonome**" lorsque la personne est titulaire en son nom du bail ou du titre de propriété du logement.

b) Un logement durable pour d'autres

Les professionnels rencontrés ont indiqué qu'un certain nombre de personnes n'envisageaient pas de départ de la pension de famille car elles ont retrouvé au sein de ce dispositif un équilibre de vie, un bien-être et du lien social :

« La vie collective fait qu'elles ne sont pas isolées et donc il y a 3-4 personnes qui ne veulent pas bouger de la pension de famille. »

« Ils n'envisagent pas d'en partir. Ils y trouvent un équilibre. Ces personnes font des activités à l'extérieur, mais n'envisagent pas de partir à l'extérieur. »

« Certaines personnes pourraient être en logement autonome mais ils ne le souhaitent pas car ils ont trouvé une sérénité ici. Ils ne sont pas prêts pour se retrouver en logement autonome à l'extérieur. »

D'ailleurs, plusieurs décès, de mort naturelle, sont survenus au sein des pensions de famille mettant bien en évidence que ces lieux de vie sont aussi des lieux de fin de vie.

C. Diverses raisons motivent le projet de départ des personnes

a) L'autonomie et la stabilité retrouvées font émerger les projets de départ

Après avoir retrouvé **une certaine stabilité et autonomie** dans leur vie, plusieurs personnes aspirent à accéder à leur propre logement autonome.

La question des sorties est à mettre en relation avec le profil des personnes accueillies au sein de la pensions de famille. Les personnes qui ont un certain niveau d'autonomie, qui ont déjà eu préalablement un logement autonome, un emploi ont, selon les professionnels rencontrés, le désir d'aller vers un logement autonome.

« Ces gens sont un peu plus autonomes. Ils ont connu l'emploi donc ils savent ce que c'est et ont envie de retrouver du travail. Ils n'ont pas oublié leur vie d'avant, et veulent retrouver leur vie d'avant. Ils ont envie de sortir de la résidence. Mais il faut quand même y aller doucement. Pas besoin d'accompagnement, mais besoin du collectif après leur travail. »

Ainsi, le départ de la structure fait parfois **suite à une reprise d'emploi, à une augmentation des ressources** (passage à la retraite), **au projet de s'installer en couple.**

b) Le souhait d'accéder à un "vrai logement"

Par ailleurs, **disposer d'un logement au sein d'une pension de famille reste pour certains différent d'avoir un logement autonome « comme tout le monde »**, certains identifiant la pension de famille à un foyer.

« Psychologiquement, les personnes qui rentrent dans la résidence ont l'impression de rentrer dans un foyer. Leur souhait est donc de partir car elles ne veulent pas vivre en foyer. »

« Les personnes ont le sentiment que ce n'est pas un logement comme tout le monde et qu'ils sont là pour une étape, le temps de reprendre des forces et de repartir. »

La configuration de l'habitat de la pension de famille semble un élément déterminant. Proposer de l'habitat semi-collectif, avoir des locaux partagés avec un CHRS, etc. peut induire ce type de représentations. Les professionnels d'une structure, proposant des chambres en colocation, font état d'un nombre important de sorties.

Certains résidents de cette structure ont accédé par la suite à d'autres pensions de famille du territoire qui proposaient des logements entièrement équipés tout en conservant le bénéfice d'une vie semi-collective.

« Même si on est dans du logement pérenne, ça reste transitoire du fait de la petitesse du logement. Ça explique le turn-over. Certains résidents sont partis sur d'autres pensions de famille [...], parce que c'était des T1 ».

Pour d'autres, **c'est la confrontation quotidienne avec d'autres résidents qui devient difficile** et notamment avec des personnes qui ont des problématiques qu'ils avaient eux-mêmes à leur arrivée : addictions, défaut d'hygiène.

« A un moment donné, ils ont envie de partir. Ça devient insupportable de voir les autres qui vont plus mal ; ils supportent moins de voir les autres personnes qui s'alcoolisent. »

c) Des départs liés à des comportements inadaptés, à une non adhésion au projet de la structure

Certains ont fait le choix de partir ou ont été encouragés à partir pour les raisons suivantes : **non adhésion au fonctionnement de la structure, difficultés relationnelles avec d'autres résidents, troubles du comportement**, etc.

« Il peut y avoir des exclusions car les personnes ne sont pas adaptables à la vie collective. C'est rare, il y en a peu. On a peu d'alternatives s'il y a un problème, si elles mettent en danger les autres, on doit exclure. »

De façon exceptionnelle, certaines pensions de famille ont initié une procédure d'expulsion à l'encontre de certains résidents en raison, très souvent, de leurs comportements inadaptés.

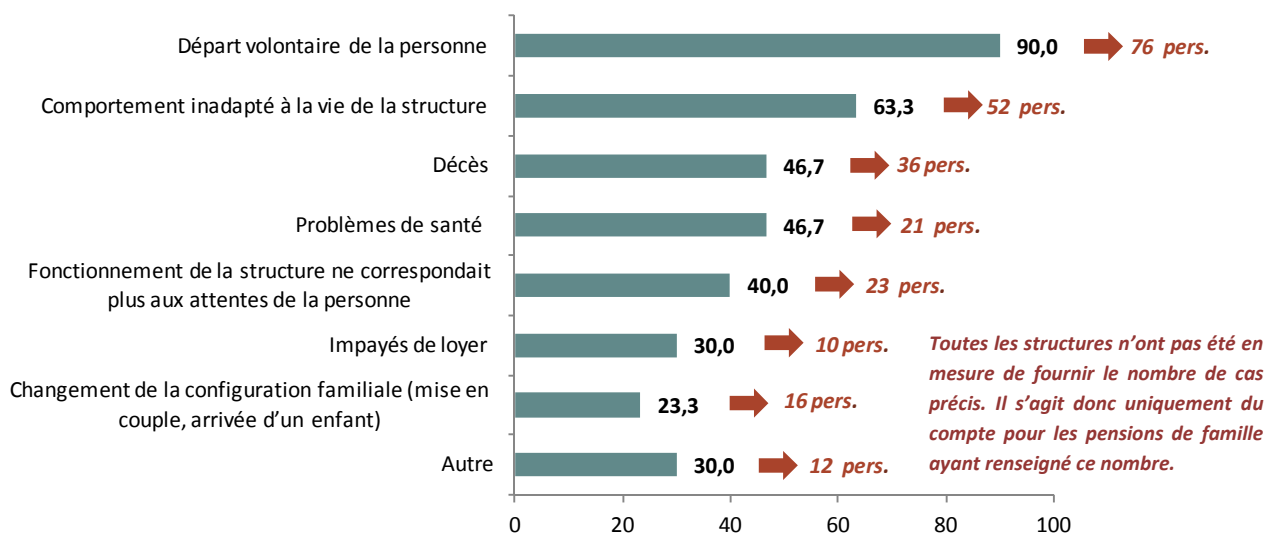
Pour certains, le départ est synonyme **d'un retour à la rue** et leur passage au sein de la pension de famille n'aura pas permis une stabilisation de leur situation.

« Ces personnes ne pouvaient pas du tout participer à la vie collective. Elles avaient de gros problèmes de santé physique et psychique. Il n'y avait aucune communication possible. Ça n'a pas été possible de travailler avec eux. Ces personnes sont parties d'elles-mêmes. Elles sont reparties en errance dans la rue. C'est un exemple de personnes qui n'étaient pas suivies ou pas stabilisées, pas sous traitement. Elles sont restées sur du court terme, quelques mois. »

d) Des sorties vers des structures répondant mieux aux nouveaux besoins de la personne

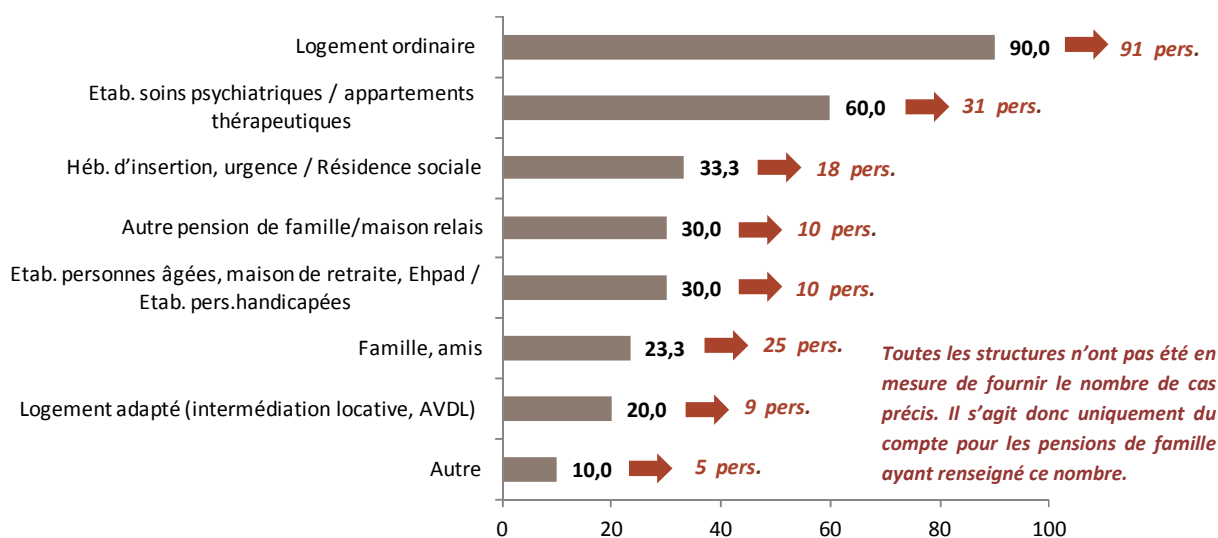
Pour d'autres, le départ s'effectue **vers une structure spécialisée**, plus adaptée à ses besoins : Ehpad, appartement thérapeutique, foyer de vie.

51 - Motif de sortie de la pension de famille (en %)



Sur les trois années ayant précédé l'enquête (ou depuis l'ouverture de la structure si celle-ci est inférieure à 3 ans), 90 % des résidents sont partis de leur propre initiative.

52 - Orientation des résidents après leur sortie de la pension de famille (en %)



D. Des sorties vers le logement autonome se sont parfois soldées par un échec

Les pensions de famille sont destinées à des personnes dont les problématiques ne leur permettent pas d'envisager l'accès à un logement autonome « à une échéance prévisible » selon la circulaire du 10 décembre 2002. [1]

La stabilité retrouvée par certaines personnes, après quelques mois ou années passés au sein d'une pension de famille, fait émerger le désir d'aller vers un logement autonome. Néanmoins, pour des personnes initialement fortement isolées et/ou présentant des troubles psychiques, le départ de la structure peut se solder de nouveau par l'émergence de difficultés. En effet, des problématiques d'isolement, de repli sur soi réapparaissent, des ruptures de soins peuvent de nouveau accentuer les manifestations des troubles psychiques ou de la souffrance psychique. L'accès au logement autonome peut ainsi être de courte durée et conduire par exemple à des ré-hospitalisations en psychiatrie.

« On a eu des sorties vers le logement autonome, mais ça a été une catastrophe. L'entrée dans un logement autonome peut entraîner à nouveau l'isolement, un repli sur soi, l'arrêt des traitements. »

Portraits de deux personnes présentant des troubles psychiques parties à leur demande vers un logement autonome

« Une mère est partie car son projet était de voir plus souvent ses enfants. Je l'ai accompagné avec l'assistante sociale vers un logement autonome mais c'était trop tôt. Ça n'a pas fonctionné à l'extérieur. Cette mère avait une maladie psychiatrique, elle savait qu'elle n'allait pas bien psychologiquement mais elle n'en avait pas conscience complètement. Une fois qu'elle s'est sentie bien, elle a arrêté complètement son traitement. Elle ne supportait pas l'isolement. En logement autonome, elle a eu besoin d'être avec une autre personne. De plus, elle était illettrée donc avait besoin de quelqu'un pour ses papiers. Elle avait très peu confiance dans les travailleurs sociaux et donc avait du mal à demander du soutien à son assistante sociale. Ça n'a pas marché sur le plan administratif et psychologiquement. Maintenant, elle se retrouve hospitalisée en psychiatrie et n'a donc plus de liens avec ses deux enfants. »

« Il y a une personne qui est partie pour un logement autonome et pour qui l'isolement n'a pas convenu. Elle s'est aussi retrouvée en psychiatrie pour un séjour d'un mois et demi. Elle a ensuite retrouvé son logement autonome à l'extérieur. »

E. Quel accompagnement proposé lors des sorties ?

Lorsqu'une personne souhaite accéder à une autre forme de logement, l'accompagnement dans son projet de départ semble essentiel. Les professionnels des pensions de famille ainsi que les autres partenaires (mandataires, service sociaux de secteur,...) peuvent les soutenir dans ce projet.

« Le plus gros du travail, c'est se préparer. Comment sortir de plusieurs années au sein de structures ? Comment pouvoir continuer dans cette dynamique, ne pas retomber dans ce qu'ils ont connu ? Comment rester dans quelque chose de positif ? »

« En général, ils ont l'habitude d'être cocooner ici, donc ils aiment bien qu'on fasse le lien avec une personne qui va les rassurer, une personne qui va les accompagner dans leur logement »

a) Les axes d'accompagnement lors d'un projet de départ

Les professionnels des pensions de famille déclarent intervenir en fonction des attentes des résidents. Certains sont complètement autonomes dans leurs démarches. D'autres, vont solliciter un accompagnement qui va s'organiser autour des axes suivants :

➤ La mise en place des relais autour de la personne

Les équipes des pensions de famille veillent principalement à conforter ou instaurer des relais avec d'autres professionnels (services sociaux, services de soins) autour de la personne. L'idée est que la personne puisse par la suite identifier et mobiliser les professionnels en cas de besoin.

Si nécessaire, une mesure d'accompagnement peut également être mise en place en vue de soutenir la personne dans sa prise d'autonomie (exemples : mesures Masp, AVDL, SAVS, etc.).

« Lorsqu'ils partent vers un logement autonome, on met en place les services de suite. Il y a un accompagnement. Tout est travaillé en amont. Les assistantes sociales de secteur sont rencontrées bien en amont plusieurs fois. »

« Je propose d'aller au centre social, lui présenter les travailleurs sociaux qui y sont, les possibilités qu'il y a. La personne adhère ou pas... J'informe et je propose mon accompagnement physique vers toutes les structures et associations qui pourront soutenir la personne et lui être utiles. »

En particulier, pour les personnes ayant des troubles psychiques *« on travaille le soin, la mise en place du passage d'un infirmier au quotidien. On travaille avec eux sur l'hygiène. On est vigilant sur le suivi du traitement. »*

La sollicitation de ces professionnels relais en cas de besoin peut être difficile pour les personnes (manque de proximité et de confiance, sentiment de méfiance). Aussi, à ce titre, un professionnel propose de réfléchir sur les passerelles à imaginer entre le dispositif "pension de famille" et un logement autonome. Il propose notamment que l'entrée dans ce logement autonome soit accompagnée, non pas par une autre équipe de professionnels (exemple : intermédiation locative, etc.), mais par les professionnels des pensions de famille eux-mêmes, mais de façon plus distanciée (exemple : une fois par semaine dans les premiers temps puis de moins en moins souvent).

➤ Un accompagnement à l'entrée dans le logement, sur le plan administratif et sur le plan budgétaire

La gestion du budget dans le cadre d'un logement autonome est plus complexe. Aussi, un projet de départ se prépare aussi sur le plan administratif et budgétaire.

« Cela peut être le travail avec le FSL pour la caution, l'assurance habitation. Tout ce qui est démarche administrative par rapport au changement d'adresse. »

➤ Le repérage de lieux de socialisation

Partir d'une pension de famille, c'est quitter un environnement de vie semi-collective. Aussi, le risque est pour les personnes de s'isoler de nouveau, de se replier sur elles-mêmes. Par conséquent, les professionnels accompagnent ces personnes dans le repérage des lieux où elles pourront rencontrer des personnes, maintenir une vie sociale.

« Les personnes qui arrivent sont très isolées ; le départ de notre structure signifie quitter notre espace rassurant. »

D'ailleurs, plusieurs professionnels laissent la possibilité aux personnes de revenir sur la structure après leur départ, pour échanger, participer à des activités afin de maintenir d'un certain lien.

« Quand les personnes continuent leur chemin dans la vraie vie, ils sont assurés qu'ils font toujours partie de la famille : elles repassent, on fait des choses ensemble,... Ils ne se sentent pas larguer. Il peut y avoir des réticences à aller vers l'extérieur car au moment où on sera partie, on n'appartient plus à cette maison. C'est une angoisse qui est toujours présente, pour ces personnes qui ont vécu l'abandon, des ruptures. »

« Les résidents qui partent ne peuvent plus participer aux activités mais elles savent que la porte est toujours grande ouverte. Comme elles ont confiance en nous, ça les rassure. Il n'y a pas de coupure nette. »

b) Absence de partenariat avec des bailleurs sociaux

Les pensions de famille rencontrées n'ont pas développé de partenariat particulier avec des bailleurs sociaux pour accompagner les projets de départ vers un logement autonome.

Certains gestionnaires entretiennent des relations étroites avec des bailleurs sur leurs territoires d'intervention. L'implication historique d'un gestionnaire sur ce territoire, la participation commune à des instances (ex : commission Dalo) favorisent l'interconnaissance et les relations de confiance entre les organismes porteurs des pensions de famille et les bailleurs sociaux. Aussi, à l'occasion d'une demande de logement par un résident, des échanges d'informations sur la situation peuvent avoir lieu.

« Si on est informé par le bailleur (d'une demande de logement), on peut soutenir la démarche auprès du bailleur. On ne leur ment jamais. On soutient si l'on estime que la personne peut accéder ; si l'on estime que ça va mettre en difficulté soit le bailleur, soit l'occupant potentiel, on le signale au bailleur et à la personne. Il y a une relation de confiance avec le bailleur. »

« On est bien repéré au niveau du département. Il y a une confiance dans les évaluations qui sont proposées. »

F. La question des sorties pour les résidents des résidences accueil

Quelques sorties sont observées également dans les résidences accueil parfois à l'initiative de la personne elle-même ou de sa famille (retour en famille, accès à un logement autonome, retour à la rue).

Selon les professionnels intervenant en résidence accueil, certaines personnes pourraient envisager à moyen ou long terme un départ de la structure notamment les personnes jeunes qui ont une bonne connaissance de leur pathologie. Les professionnels tiennent un rôle éducatif important. Ils accompagnent les résidents en amont sur la définition de leur projet de vie où la question du logement est abordée.

Cela nécessite néanmoins tout un travail d'accompagnement et aussi le maintien d'un accompagnement à l'extérieur par un service d'accompagnement comme le Samsah, un SAVS, un service de tutelle, une auxiliaire de vie, etc.

« On souhaite un jour, surtout pour les plus jeunes, qu'ils puissent partir d'ici et reprendre un appartement seul. Pour les plus jeunes, qui ont bien connaissance de leur pathologie, qui ont un suivi régulier, on essaie de les encourager dans ce sens-là, tout en allant à leur rythme. Ils ont des capacités ; il faut qu'ils les exploitent au maximum. »

« On en parle avec eux, de façon informelle. On leur demande s'ils ont un projet pour plus tard, s'ils aimeraient avoir un logement, comment ils voient leur avenir, leur vie. En en parlant, on remet en cause, mais dans le bon sens. »



Partie 3

»»» Analyses thématiques

I - L'isolement

II - Les addictions

*III - Les troubles psychiques et
la souffrance psychologique*

IV - Le vieillissement et la perte d'autonomie

Cette partie a pour objectif de développer 4 thématiques qui sont apparues comme centrales dans l'analyse. Vont ainsi être détaillées les manifestations de ces situations, les réponses apportées par les équipes des pensions de famille, les limites et les leviers identifiés pour la prise en compte de ces questions.



I - L'isolement

1. Les origines de cet isolement

Un réseau familial et amical étroit voire inexistant

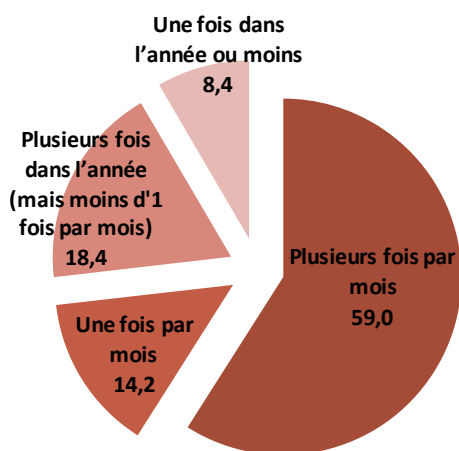
Selon les professionnels rencontrés, les personnes accueillies au sein des pensions de famille sont perçues comme étant isolées et disposant d'un réseau familial ou amical très restreint, voire inexistant pour certains.

« Ce sont des personnes en rupture de lien familial, social, professionnel, très isolées. »

« Certains ont gardé des liens familiaux. Les autres sont très isolés (ruptures familiales souvent). Réseau amical restreint. Certains ont des enfants mais ne sont pas restés en lien forcément. »

Pourtant, 76,8 % des résidents ont déclaré lors de cette enquête voir des membres de leur famille ou des amis au sein ou en dehors de la pension de famille. Près des deux tiers de ces résidents ont des contacts réguliers : d'au moins une fois par mois à plusieurs fois dans le mois (graphique 53).

53 - Fréquence des visites (en %)



D'après l'enquête menée auprès des résidents, plusieurs considèrent avoir lié des amitiés auprès d'autres résidents de la pension de famille. Par conséquent, le terme « amis » utilisé dans cette question peut à la fois se rapporter à des amis vivant à l'extérieur ou bien à d'autres résidents. Cela pourrait ainsi expliquer la part importante de personnes ayant plusieurs contacts mensuels avec des amis ou de la famille.

Les origines de cet isolement

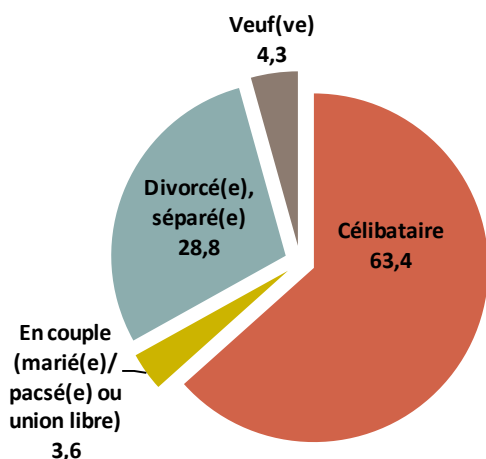
L'isolement relationnel⁸ n'est pas une spécificité des personnes résidents en pensions de famille. La tendance semble aujourd'hui à l'espacement des liens familiaux pour une partie de plus en plus importante de la population française mais ce constat est plus marqué chez les personnes en situation de pauvreté. De même, la difficulté de développer son réseau amical est corrélée à la fois à la pauvreté, au chômage et au handicap. [13]

⁸ L'isolement relationnel est la situation de ceux qui ont peu ou pas de relations sociales au sein des cinq réseaux sociaux suivants : réseau amical, familial, professionnel, affinitaire (associations,...), et territorial (voisinage,...). [13]

Un réseau familial réduit

Ce déficit de sociabilité familiale peut s'expliquer par divers éléments dont l'étroitesse du réseau familial des personnes en situation de pauvreté. Ces dernières vivent très souvent seules ce qui est particulièrement observé chez les résidents des pensions de famille de la région Centre. La vie de couple et les enfants sont moteurs de vie familiale. [13]

54 - Situation familiale des résidents (en %)



Les résidents sont en grande partie célibataires

Environ 63 % des personnes accueillies sont célibataires, 29 % sont divorcés ou séparés et 4,3 % veuf(ve)s (graphique 54).

13,2 % des résidents ont déclaré avoir un/des enfants de moins de 18 ans, soit 51 personnes.

« Ces personnes n'ont pas de vie de famille, ni conjoint, ni enfant. Ce qui leur manque, je pense, c'est se sentir important pour quelqu'un. Il n'y a pas de retour d'amour dans leur vie. Ils sont isolés. »

Par ailleurs, les professionnels interviewés mentionnent que l'histoire familiale des résidents est souvent marquée par la présence de conflits familiaux, de ruptures (familiales, conjugales, décès), de situations d'abandon (enfants dits de « l'Assistance »), pouvant aussi expliquer la faiblesse des liens familiaux.

« Des personnes placées jeunes, ou coupées de leur famille en tant qu'adultes, pour x raisons. »

« Il y a souvent des nœuds familiaux, des non-dits dans les familles, des ruptures familiales, conjugales, avec leurs propres enfants. »

« Ils ont vécu l'abandon, des ruptures, des choses douloureuses, ils ont des carences affectives. »

Les ruptures ont une incidence sur l'isolement des personnes

Comme nous avons pu le voir dans la partie précédente, les résidents ont très souvent des parcours de vie marqués par des situations de rupture qui ne sont pas sans incidence sur la situation d'isolement de ces personnes.

En 2013, le baromètre « Solitudes en France » explique que 74 % des raisons de l'isolement « renvoient à une rupture biographique, qu'il s'agisse de ruptures survenant dans le cadre familial (37 %), professionnel (10 %), résidentiel (20 %), amical (14 %) ou associé à un problème de santé (5 %). »

Par ailleurs, les relations familiales se distendent après une séparation ou un divorce et il apparaît difficile de reconstruire son réseau amical lorsque celui-ci s'est affaibli suite à une séparation, une perte d'emploi, un déménagement, des conflits. [13]

Ces objets sociaux que sont le travail, le logement, une famille etc. font lien selon Jean Furtos (1999) : « Ils donnent un statut, une reconnaissance d'existence et autorisent en quelque sorte les relations sociales. Ils produisent ou médiatisent du lien social. Les difficultés commencent quand certains objets ne vont plus de soi ou sont incertains ». [14]

L'isolement : un effet de la pauvreté ?

La pauvreté augmente le risque d'isolement relationnel. En 2013, 17 % des personnes ayant des revenus nets mensuels inférieurs à 1000 euros sont en situation d'isolement relationnel contre 11 % pour le reste de la population française. [13]

Les personnes accueillies au sein des pensions de famille de la région Centre disposent de faibles ressources étant principalement bénéficiaires des minimas sociaux. Ils sont en effet près de 70 % à disposer de type de ressources (RSA, AAH, minimum vieillesse).

Les personnes en situation de pauvreté sont exposées plus tôt et plus fortement à l'isolement. Ainsi, « *entre 30 et 50 ans, les personnes pauvres sont trois fois plus concernées par l'isolement que celles ayant des revenus supérieurs à 1000 euros* ». La pauvreté aggrave l'incidence des autres facteurs tels que le handicap, les séparations et implique une plus grande difficulté pour les personnes à diversifier leur vie sociale. [13]

La pauvreté est donc un facteur déterminant mais l'isolement touche aussi, à ce jour, des catégories sociales plus favorisées. Aussi, selon la Fondation de France, « *cette crise du lien social, n'est pas une crise de la pauvreté, elle est symptôme d'une société plus éclatée qui peine à « faire communauté* ». [13]

Les problèmes de santé sont aussi à l'origine de situation d'isolement

De nombreux résidents sont concernés par des problématiques d'addictions et/ou des troubles psychologiques voire psychiques. Pour les professionnels des pensions de famille, ces problématiques « *désocialisent* ». Comme le montre les réponses aux questionnaires des responsables de structure, 80 % accueillent des personnes présentant une addiction reconnue et 76,7 % des troubles psychiatriques.

Le manque d'estime de soi et de confiance en soi

Les professionnels observent très souvent chez les résidents un déficit d'estime de soi et de confiance en soi qui freine le développement de relations interpersonnelles.

« *Ces personnes manquent énormément d'estime d'elles-mêmes. Elles ont très peu confiance en elles, se sous-estiment beaucoup. Elles ont donc énormément de mal à rentrer en contact avec les autres. Quand on pense qu'on n'a pas de valeur, il est très difficile d'aller vers l'autre, de rencontrer l'autre. Elles se sentent différentes des autres, ce qui n'est pas forcément le cas.* »

Ce défaut d'estime de soi est à mettre en relation avec le parcours de vie des personnes et les situations d'exclusion vécues. Selon I. Vandecasteele et A. Lefebvre, la perte des objets sociaux (emploi, logement,...) implique « *une rupture avec le ou les groupes d'appartenance* » et donc « *une remise en question des repères identificatoires et une fragilisation narcissique* ». [14]

Ces situations de rupture fragilisent donc les personnes et impliquent l'adoption de comportements de repli sur soi, de retrait, d'évitement et le développement de sentiment d'inutilité, d'incapacité à intéresser les autres. De même, I. Vandecasteele et A. Lefebvre indiquent que « *ces sujets peuvent avoir beaucoup de mal à avoir confiance en l'autre et à s'investir dans une nouvelle relation* » et « *tendent ainsi à s'exclure lui-même des liens avec les autres* ». [14, 15]

2. Le cadre de vie de la pension de famille favorise le lien social

Les pensions de famille proposent un cadre de vie qui favorise la socialisation des résidents. Il repose notamment sur deux aspects : la présence de professionnels à proximité et une vie semi-collective.

35,5 % des résidents ont déclaré dans cette enquête participer régulièrement aux activités collectives non obligatoires proposées par la pension de famille et 47,9 % le font de temps en temps. 16,6 % n'y participent donc jamais.

Ce cadre de vie présente selon les professionnels enquêtés plusieurs intérêts.

➤ Il permet de limiter l'isolement et la solitude

Les résidents sont sur leurs lieux de vie en relation avec d'autres résidents et les professionnels. Cette présence au quotidien est rassurante. Elle permet aussi de partager des moments de vie conviviaux et chaleureux.

« Cela créé du lien au sein d'une petite maison. C'est rassurant. Certains ont peur de la solitude. Ils savent qu'il y a toujours quelqu'un même s'ils ont leur intimité. S'ils ont besoin de discuter, il y aura toujours quelqu'un pour eux. L'échange avec une personne, c'est rassurant. Ils ne repartent pas avec leur angoisse. Même si l'on n'est pas continuellement avec eux, ils ont besoin de cette présence. »

« La rupture de l'isolement se fait déjà au sein de la pension de famille. C'est primordial. Et après, ça se fait à l'extérieur. »

« L'idée est de créer une vie collective avec des moments sympathiques, chaleureux, de créer une cellule familiale, de faire des choses ensemble, faire des sorties. Cela peut être à l'intérieur ou l'extérieur de la structure. Créer des moments qui rassemblent. L'idée est que les résidents choisissent de faire ensemble des choses. »

➤ Il renforce l'estime de soi et la confiance en soi

Que ce soit à l'occasion des échanges au quotidien ou par l'intermédiaire des activités, les professionnels sont attentifs à favoriser l'estime de soi.

« C'est au quotidien qu'on travaille l'estime de soi : c'est dans l'intérêt pour l'autre, dans l'écoute, dans ce que je renvoie, dans ma façon d'être et ma façon de parler : j'essaie qu'il y ait du respect entre les personnes ; qu'on essaie de voir que chacun a de la valeur, chacun peut apporter quelque chose. »

« S'inscrire dans une activité c'est très compliqué. Chaque résident a une estime de soi bien en dessous de zéro. C'est donc difficile pour eux de s'exposer au regard des autres, de se montrer. Ils ont le sentiment d'être mal regardé. Ils ont une image d'eux très dégradée. »

« On se rend compte autour des activités des capacités des personnes, de leur potentiel, des qualités de certaines personnes. Des personnes ont des savoirs sur la cuisine, le jardinage, les châteaux de la région, le bowling, le canoë-kayak.... »

« Le but est de valoriser leurs talents, leurs savoirs. Dans nos échanges, on arrive à déceler leurs compétences. Cela permet d'être valorisé. »

➤ Il permet aux personnes de réapprendre les codes de la vie en société

La vie en société nécessite la maîtrise du langage et de certains codes sociaux qui favoriseront l'adaptation et l'intégration des personnes dans leur environnement social. Vivre au sein d'une pension de famille permet de réapprendre les gestes élémentaires de la vie sociale, les codes sociaux de la relation à l'autre (formules de politesse, les règles d'hygiène, etc.).

« Il y a quand même une évolution en terme de « socialisation ». Pour certains, il leur a fallu réapprendre ne serait-ce que de dire « bonjour » quand on franchit la porte. Des petits détails : ex : merci,... Aujourd'hui, les codes sociaux sont de nouveau intégrés. Quand ils retournent vers l'extérieur, ils sont moins marginalisés que ce qu'ils étaient auparavant. »

« Le langage : apprendre à faire des phrases, par mimétisme. Ré-apprendre les bonnes manières, les codes sociaux. Quand on est sur d'autres actions, même si leurs aspects physiques peut être déroutant, leur éducation, leur courtoisie, fait que très vite... c'est une clé pour rentrer en relation dans des petits groupes. Le langage permet d'avoir accès aux autres. »

« On a vu l'évolution physique des personnes quand on sort ; ils font des efforts sur l'hygiène, leur présentation. »

Dans son rapport sur « Les solitudes en France - 2012 », la Fondation de France préconisait de s'appuyer sur deux aspects pour limiter l'isolement :

- × Développer l'estime de soi et la confiance en soi,
- × Rétablir les liens sociaux dans « le temps et l'espace quotidiens ». La solitude est décrite comme « un mal du quotidien. La solitude n'est pas une affaire de moments exceptionnels. [...] On ne peut l'enrayer qu'à condition d'agir dans l'espace de vie de tous les jours. » [15].

Les pensions de famille constituent donc « ces espaces de reconstruction » associant à la fois quotidien, proximité et présence bienveillante.

3. L'intégration des résidents dans l'environnement de proximité est limitée

Selon la circulaire du 10 décembre 2002, les pensions de famille doivent être des lieux de vie ouverts sur l'extérieur. Le projet social doit ainsi viser une intégration de la structure dans l'environnement proche. Les équipements de proximité, le voisinage, les commerces, les associations, etc. constituent des lieux de sociabilité où les personnes se croisent, se reconnaissent, échangent, s'engagent. Le territoire de proximité offre ainsi des opportunités de rencontres qui peuvent compenser la faiblesse des réseaux familiaux, amicaux, professionnels. [13]

Intégrer la personne dans son environnement social proche est considéré par les professionnels enquêtés comme essentiel pour favoriser le développement du réseau social de la personne et son intégration dans la cité.

« On fait partie d'un quartier et on essaie de s'y intégrer. Il y a tout un travail de mise en lien avec le quartier. On a réussi à créer du lien, il y a quelques associations. On essaie vraiment d'insérer dans le quartier et d'être en lien avec les différents professionnels qui sont autour des personnes. »

« La vraie vie c'est la vie avec les autres ».

Pour autant, c'est un axe de travail qui reste encore peu développé par les pensions de famille. Divers freins existent : difficultés de résidents à aller vers les autres, peu de demandes, besoin d'accompagner les personnes vers l'extérieur, manque de temps pour les professionnels, des partenariats restent à inventer.

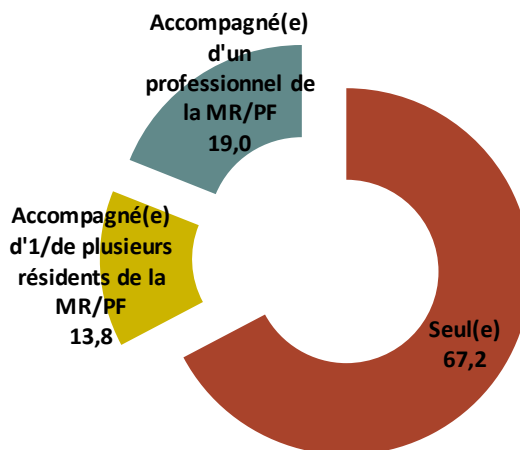
L'accompagnement des résidents vers l'extérieur est souvent considéré comme une seconde étape, la première étant déjà l'intégration de la personne dans la vie collective de la pension de famille.

« L'intégration dans le quartier, l'implication dans la cité, la vie extérieure : cela se réalise par palier, c'est très long »

L'implication dans des activités extérieures, la vie de la cité

12,6 % des résidents déclarent participer souvent à des activités (de loisirs, sportives, etc.) en dehors de la pension de famille, 20,6 % de temps en temps et 66,8 % ne jamais le faire. Parmi les personnes ayant "souvent" ou de "temps en temps" ces activités, environ 67 % s'y rendent seul(e)s dans la plupart des cas.

55 - Accompagnant des résidents lors des sorties (en %)



Les professionnels rencontrés estiment, en effet, qu'en dehors des activités thérapeutiques ou d'une activité professionnelle, les personnes sont très peu en relation avec leur environnement proche. Quelques personnes ont individuellement, des activités de loisirs ou s'impliquent dans la vie du quartier ou de la commune.

« De résidents, ils sont devenus bénévoles et impliqués. Ils jouent un rôle dans leur cité. Il y a une implication citoyenne. Certains aident au Conseil Municipal pour préparer les fêtes locales. Certains sont vraiment intégrés et appréciés. »

Quelques pensions de famille ont créé des liens avec des associations locales (maison des jeunes, maison de quartier, etc.), des professionnels locaux (paysagistes, professionnels des espaces verts, etc.). De même, certaines s'associent à des manifestations locales (marché de Noël, braderie) ou en sont à l'initiative (organisation d'un vide grenier). D'une manière générale, ces initiatives restent néanmoins ponctuelles et peu développées.

Cette tendance s'exprime également au sein de la population française toute entière. En 2013, la Fondation de France met en avant que 58 % de la population française est peu ou pas inscrite dans les réseaux associatifs, culturels et que cet engagement est fortement corrélé au niveau de revenus : « Plus les revenus augmentent, plus les individus s'engagent ». Les sociabilités dites de proximité ne compensent donc pas le déficit de relations par ailleurs. [13]

Le lien avec le voisinage

La majorité des pensions de famille rencontrée déclare avoir peu de liens avec le voisinage. Certaines indiquent être situées dans des quartiers résidentiels où la vie entre voisins est peu développée.

« Il y a déjà peu de vie de quartier. Les personnes sont clos chez eux, ils ont peu de liens entre eux »

Aujourd'hui, les relations de voisinage se limitent très souvent à des relations de politesse et sont donc moins susceptibles de générer une vie sociale [13].

Par ailleurs, les professionnels soulèvent que l'installation de la pension de famille dans le quartier a pu susciter parfois des réactions de méfiance voire d'hostilité chez le voisinage allant parfois jusqu'au lancement d'une pétition. Ces inquiétudes et jugements sont souvent liés à une méconnaissance du public. Avec le temps, ces réactions s'estompent.

« On a peu de contacts. Manque de communication avec les voisins. Depuis que la pension de famille est ouverte et que les voisins savent quel est notre public, les voisins ont mis une étiquette. »

« Il y a beaucoup d'a priori sur la maison relais, des préjugés. »

« Lorsque l'immeuble a été construit, il y a eu des pétitions dues aux a priori. Les résidents vont faire leurs courses à côté ; ils sont intégrés dans la vie du quartier. Cela s'est toujours bien passé. Avec le temps, avec la connaissance, les gens ont complètement changé d'avis. » (Résidence accueil)

Parfois, les structures ont réalisé un travail de communication en amont ou en aval de leur arrivée dans le quartier. Certaines, pour informer et rassurer ont invité les voisins à la présentation du projet, à l'inauguration de la structure, à une journée porte-ouverte. Deux pensions de famille organisent des événements au sein du quartier : un vide-grenier, des expositions d'art plastique.

4. Développement de la vie sociale des résidents : freins et leviers

Plusieurs professionnels enquêtés ont relevé divers freins limitant la vie sociale et ont aussi identifié des leviers sur lesquels s'appuyer.

Les freins et limites

➤ Des difficultés à être en relation avec les autres

Les personnes accueillies en pension de famille ont très souvent une image dégradée d'elles-mêmes, une peur du regard des autres qui selon les professionnels constituent un obstacle à s'inscrire dans une vie sociale notamment à l'extérieur de la pension de famille.

➤ S'inscrire dans une vie sociale est particulièrement difficile pour les personnes en souffrance psychique ou ayant des troubles psychiques

Cette difficulté est à mettre en lien direct avec leur pathologie ou souffrance (voir partie 3 sur les manifestations des troubles psychiques).

« D'autres ont du mal, de part leur pathologie. Le groupe génère de l'anxiété. Au début, ils ne venaient pas du tout. Il faut persévérer, avec douceur, avec un certain savoir-faire : leur faire comprendre qu'il y a certains bénéfiques, les amener à vouloir, à désirer. On a plutôt de bonnes surprises : des personnes en grande exclusion sociale viennent participer petit à petit. »

J'essaie de motiver les personnes qui ne veulent pas adhérer au collectif du fait de leurs problèmes psychologiques »

Les professionnels des résidences accueil mentionnent que l'intégration dans la cité, dans le quartier consiste déjà pour ces personnes à créer du lien avec quelques « personnalités » du quartier, de se sentir reconnues. Aller faire ses courses, des démarches dans le quartier, utiliser les transports en commun sont une forme d'implication dans la vie en société d'autant plus importante pour ces personnes qui ont des difficultés à réaliser, seules ou accompagnées, ces actes de la vie quotidienne.

« Ils vont faire leurs courses. Ils sont en lien avec le facteur, la boulangère, la pharmacienne, le chauffeur de bus ... il y a confrontation à l'autre. »

« Le lien, c'est d'abord être reconnu par la boulangère, »

Certains résidents des résidences accueil ont des activités au sein de groupes d'entraide mutuelle (GEM), à l'hôpital de jour. Les relations s'établissent ainsi essentiellement avec des personnes, professionnelles ou malades, reliées à leurs problématiques psychiques. Certains ne souhaitent pas participer aux activités, sorties organisées par la résidence accueil de peur d'être stigmatisés.

« Ils ne veulent pas être stigmatisés, se retrouver à l'extérieur dans un groupe avec des gens pour qui la maladie est plus visible. Ces gens, pour beaucoup, vont à l'hôpital de jour, vont au GEM, vont tout le temps sur des lieux où la maladie psychique est présente. Et bien qu'étant malades, quelquefois, ils n'ont pas envie de se retrouver avec des fous. Leur univers est rempli de lieux où il n'y a que des fous. »

➤ Des personnes qui sont peu en demandes d'activités

Les professionnels observent que les résidents expriment peu de demandes, d'envie, de désir quant à la participation à des activités. Pour des personnes ayant vécu des parcours d'exclusion, la satisfaction des besoins fondamentaux (un logement, un revenu, etc.) a été au cœur de leurs préoccupations à un moment donné de leur vie, laissant peu ou pas de place à d'autres activités (loisirs, etc.) [14].

Les professionnels tiennent un rôle essentiel pour susciter l'envie, encourager les prises d'initiatives, inciter les personnes à participer aux activités. Tout un travail est mené par les professionnels pour apprendre aux personnes à désirer, à s'autoriser à faire des choses qui ne leur semblent pas destinées, accessibles (ex : aller dans un musée, etc.).

« On essaie de ne pas avoir les envies pour eux, on les stimule pour que ce soit eux qui aient envie de faire les choses. »

« Ils font peu de choses ensemble, même quand on n'est pas là. On est en ville, il y a plein de choses au niveau de la culture, qui sont gratuites, mais c'est difficile de les mobiliser. C'est difficile pour eux d'avoir envie de faire des choses pour eux-mêmes. Certains ne savaient pas que ça existait au début. L'ouverture sur la ville et la connaissance de leur environnement : ça a été notre travail de leur faire connaître. Certains ont découvert les musées, la cathédrale, les marais, les expos. Pour certains, ils sont émerveillés ; d'autres très contents. »

Les leviers

➤ S'appuyer sur les compétences et les centres d'intérêts des personnes

Il apparaît important pour les professionnels d'identifier les centres d'intérêts et les compétences des personnes pour proposer des activités qui permettront de mettre en valeur les ressources des personnes. Cette approche positive et valorisante favorise l'estime de soi et la participation des personnes à des activités ou temps collectifs.

➤ Avoir une vie collective en interne

Participer à une activité même en interne de la structure est parfois une étape difficile. L'intérêt d'avoir un cadre de vie semi-collectif est de pouvoir favoriser les liens informels, permettre à des personnes de participer à la vie collective sans forcément « faire une activité ». Leur présence est néanmoins une forme de participation.

« Sur les temps d'ateliers, les personnes seront présentes sur le commun, mais ne participeront pas à l'activité. »

➤ Accompagner les personnes

L'intervention des professionnels est essentielle pour favoriser la reprise de liens sociaux que ce soit à l'intérieur de la pension de famille ou à l'extérieur.

En effet, ils tiennent un rôle important dans l'animation de la vie sociale au sein de la pension de famille. Leur intervention peut être informelle : une présence, une écoute, des échanges avec les résidents, au quotidien. Le rôle des professionnels est aussi de développer les liens entre les résidents en offrant des conditions favorisantes : ils assurent ainsi une présence bienveillante et encourageante, un cadre sécurisant.

« On incite tout le monde à l'arrivée : on les incite à trouver leur place ; on les sécurise. Ces personnes ont besoin d'être rassurées, dans leur lien aux autres ; besoin d'être stimulées »

Ils sont également souvent à l'initiative des activités ou sorties proposées en interne.

« Ils ont envie mais ils reconnaissent qu'ils ont besoin d'un coordonnateur. Si nous ne sommes pas là pour stimuler, ils ont du mal à se retrouver de leur propre initiative. »

« Soit je suis meneuse, soit je lance une dynamique et ils se débrouillent par eux-mêmes. Je suis alors juste présente. Cela dépend de leur état d'esprit et du projet en question. »

« Il faut être là pour les stimuler, les accompagner. Il y a une certaine autonomie mais si on est là. »

De même, pour que les résidents puissent s'intégrer à la vie du quartier, s'inscrire dans des activités extérieures, l'accompagnement par un professionnel est nécessaire.

« Il faut les accompagner en les informant. Ensuite, il faut les accompagner physiquement dans un premier temps. Ce qu'il me manque : c'est le temps. On ne peut pas « lâcher » les personnes sans les avoir accompagnées auparavant. Il faut que ce soit quelque chose qui soit mis en place régulièrement avec moi pour que l'habitude se crée. Il faut que les résidents connaissent bien l'activité et son lieu pour s'y sentir à l'aise et pouvoir y retourner seul. »

« Certaines personnes ne font pas la démarche eux-mêmes d'aller vers l'extérieur. Mais, si on les accompagne dans la démarche, ne serait-ce que pour aller s'inscrire dans un club de ping-pong par exemple, il faudra l'accompagner pour l'inscription et peut-être pour la première séance et après, ça va suivre. Ils ont besoin de ce cadre sécurisant pour aller vers les autres. »

Néanmoins, plusieurs professionnels rencontrés regrettent de ne pas disposer de suffisamment de temps pour mener à bien ce travail d'accompagnement vers l'extérieur. Cela nécessite de la disponibilité pour identifier les partenaires extérieurs (associations de loisirs, centres sociaux, etc.) et créer du lien avec eux puis pour accompagner les personnes vers ces activités. Le temps requis est d'autant plus important que cet accompagnement vers l'extérieur relève plutôt d'un accompagnement individuel qu'un accompagnement collectif.

« Il faut avant tout partir du projet des personnes : ce qu'elles aiment. Après, je fais des propositions. Je dois chercher les associations qui font ce genre d'activités sur X. Je devrais le faire avec chaque résident mais je n'ai pas le temps. Il faut les accompagner en les informant. Ensuite, il faut les accompagner physiquement dans un premier temps. Ce qu'il me manque : c'est le temps. »

« C'est rarement des demandes de groupes ; ce sont des demandes individuelles. On réfléchit à développer ce genre d'activité (ex : jogging) sur le temps que nous, professionnels, avons en commun. »

Pistes de réflexion...

- 1** Maintenir une présence régulière de professionnels sur la structure
- 2** Maintenir une vie collective en interne
- 3** Favoriser l'accompagnement individuel des résidents vers l'extérieur : requiert du temps pour accompagner et pour construire des partenariats
- 4** Mettre en place des actions favorisant la valorisation des compétences et des ressources (Arts plastiques sport, etc.)
- 5** Favoriser l'ouverture de la structure sur l'extérieur en organisant ou en s'associant à des manifestations de quartier ou des manifestations locales.

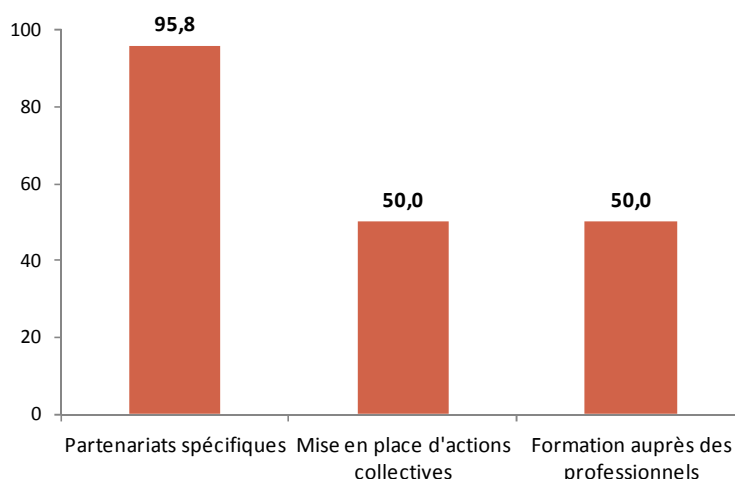
II - Les personnes présentant des addictions

80,0 % des pensions de famille accueillent des personnes ayant une addiction reconnue, soit 24 structures. Selon les professionnels enquêtés, il s'agit essentiellement d'addiction à l'alcool. Les addictions représentent pour plusieurs pensions de famille « *le problème prédominant* ». Parfois, ces problématiques d'addiction sont associées à la présence de troubles psychiques ou sont à l'origine de problèmes de santé lourds (cirrhoses, syndrome de Korsakoff⁹, etc).

1. Les réponses apportées par les pensions de famille

Toutes les structures qui accueillent des personnes ayant des conduites addictives ont mis en place des actions spécifiques pour l'accueil de ce public. Pour 95,8 % (soit 23 sur 24), il s'agit de partenariats spécifiques (associations spécialisées, professionnels médicaux, etc.). La moitié des structures a mis en place des actions collectives et autant une formation auprès des professionnels (graphique 56).

56 - Actions mises en place pour l'accueil de personnes ayant une addiction reconnue (en %)



2. L'accès aux soins et les partenariats engagés

Un accès aux soins souvent limité

Certaines personnes sont engagées dans un parcours de soins par rapport à leur problématique d'addictions. D'ailleurs, quelques personnes sont orientées vers les pensions de famille par des associations spécialisées dans la prise en charge des addictions, par exemple après une sortie d'appartement de coordination thérapeutique.

Néanmoins, l'accès aux soins reste pour beaucoup limité. Les personnes restent dans le déni de leur consommation. L'implication dans le soin est discontinuée.

« D'autres sont encore dans le déni. On essaie de leur faire prendre conscience de leur problème d'alcool. La prise de conscience et l'acceptation du suivi sont délicates. »

« L'engagement est à court terme. Ils ont un suivi mais il n'y a pas de projet d'arrêt d'alcool ou quoi que ce soit. »

⁹ Le syndrome de Korsakoff est un ensemble de troubles neurologiques dont la cause est une carence en vitamine B1. Elle constitue une séquelle essentiellement secondaire à l'alcoolisme chronique. Le syndrome de Korsakoff se manifeste par des troubles de la mémoire avec une amnésie visible sous la forme d'oublis à mesure, mais aussi des troubles de l'orientation, et une fabulation, récits fantastiques fruits de l'imagination du patient.

L'accompagnement vers le soin est très difficile selon les professionnels enquêtés. Ils prennent le temps d'échanger avec les personnes sur leurs consommations, les encouragent à aller vers le soin.

« En tout cas, on ne peut pas le taire, et ce n'est pas un tabou. Si l'on peut les accompagner vers le soin, c'est bien mais on ne va pas les emmener de force. »

L'accès aux soins représente pourtant un véritable enjeu pour les résidents et notamment les plus jeunes. En effet, les professionnels enquêtés mettent en avant la difficulté des personnes à s'inscrire dans un projet, à réaliser les actes de la vie quotidienne. Les addictions remettent en cause leurs projets d'insertion qui sans soins apparaissent « irréels ».

« On ne peut pas retrouver de l'emploi, ils ne peuvent pas passer le permis de conduire. »

« On a beau leur dire que le soin est une priorité par rapport à leur projet, ce n'est pas ressenti comme ça par eux. »

Les partenariats engagés

Suite aux entretiens avec les professionnels, diverses formes de partenariats sont relevés et présentent des degrés de coopérations diverses :

- * Certaines pensions de famille organisent des **actions de prévention plus ponctuelles**
- * Quelques pensions de famille ont instauré **des partenariats organisés avec des associations spécialisées dans la prise en charge des addictions**. Cela reste néanmoins des cas particuliers.

Deux formes de coopération se distinguent :

- **Certains résidents accèdent à un logement au sein d'une pension de famille dans le cadre d'une prise en charge assurée par une association spécialisée dans le soin.** Ces situations sont marginales car évoquées par une seule pension de famille rencontrée dans le cadre des entretiens. Les professionnels de cette structure ont ainsi mentionné que ces personnes sont accueillies dans le cadre d'un contrat faisant figurer les engagements du résident, de la pension de famille et de l'association assurant l'accompagnement de la personne.
- **Des interventions régulières de partenaires sur site.** Deux pensions de famille ont développé un partenariat avec des structures de soins spécialisées dans les addictions. Ce partenariat s'illustre dans les deux cas par l'intervention d'un professionnel (travailleur social, psychologue) au sein de la structure. Ces professionnels viennent ainsi sur des temps collectifs, animer des temps d'échanges autour d'un petit déjeuner par exemple. Ces interventions sont régulières et s'inscrivent dans la durée. Elles permettent d'une part d'entrer en relation avec les résidents en construisant petit à petit une relation de confiance. C'est une façon d'initier parfois un accompagnement individuel avec une personne qui, à l'origine, n'avait pas formulé de demandes.

« Il faut du temps pour accompagner quelqu'un dans une addiction. Il faut de la rencontre, de la confiance. L'idée était de créer du lien d'abord ici pour que les gens aient suffisamment confiance pour partir vers les autres structures. »

« Le fait qu'elle vienne permet qu'elle ait des accroches avec des personnes en individuel. Pour certains, il faudra deux, trois rencontres avec [...] pour qu'il y ait le déclic, et pour d'autres, il faudra plusieurs années, avec le risque que ça ne fonctionne jamais. »

D'autre part, l'intervention *in situ* de ces professionnels constitue un véritable appui pour les professionnels.

« Elle repère des choses. Nous, on transmet des choses aussi. Elle peut prendre un contact sur un temps collectif et prendre rendez-vous en individuel après. C'est un appui pour nous. Elle nous permet d'avoir un autre regard sur la personne. Elle nous aide beaucoup. »

« Ça permet d'enclencher des prises de contacts. Ce type de partenariat nous apporte de l'aide en cas de problème, et le jour même parfois. »

3. Cadre de vie semi-collectif et addictions

Incidences des conduites addictives sur la vie collective de la structure

D'une manière générale, la consommation de produits est interdite sur les espaces collectifs des pensions de famille, d'après les professionnels rencontrés. Par contre, elle est très souvent autorisée dans les espaces privatifs (logement, chambre) étant sur un dispositif de logement pérenne. De plus, certains professionnels estiment qu'en autorisant la consommation de produits dans le logement, cela limite les consommations excessives à l'extérieur de la structure.

La consommation de produits influence directement la vie collective de la structure. Par conséquent, les structures sont très vigilantes lors des admissions à ne pas accueillir trop de personnes ayant des addictions pour veiller à l'équilibre du groupe.

Sous l'emprise des produits, les personnes présentent des comportements qui perturbent la vie de la structure. Les professionnels parlent d'état de « nervosité », « d'irritabilité », « de problèmes d'humeur » mais également de « comportements violents ».

Même si la majorité des pensions de famille limite l'accès des personnes sous emprise de produits aux espaces collectifs et aux activités, ces comportements s'expriment au sein du collectif et peuvent être source de tensions ou générer de l'agacement chez les autres résidents.

« Certains gèrent leur alcoolémie, d'autres non. C'est là où c'est très compliqué, ça a une influence sur la vie collective et créé des tensions »

« Cela génère des problématiques de violence » ; « agacent les autres résidents et parfois les font fuir ».

Certains commentaires libres laissés par les résidents dans les questionnaires témoignent également de cette difficulté : « ce qui me pose problème dans la pension de famille ce sont les problèmes d'alcoolisme de certains résidents qui troublent l'ensemble de la pension » ; « Avoir une meilleure entente entre nous car ce n'est pas le cas. Eviter les boissons alcoolisées que je ne supporte pas. Pouvoir partir rapidement et avoir un logement à moi. » ; « Avoir des bonnes relations avec le voisinage. Mais certains résidents, alcoolisés ou drogués, ont parfois un comportement désobligeant qui les dérange ».

Les professionnels assurent donc un rôle important de régulation en interne de la structure mais aussi parfois à l'extérieur auprès du voisinage. Ces comportements s'expriment également aux alentours des pensions de famille et génèrent des troubles de voisinage.

« On est vigilant à ce qu'il n'y ait pas trop de débordements, à faire en sorte qu'il n'y ait pas de dérapage pour préserver les autres ».

« Ce n'est pas toujours facile à gérer, on discute, il peut y avoir des exclusions, c'est rare mais cela arrive ».

Par ailleurs, les professionnels observent que les résidents ayant de fortes consommations de produits sont parfois très isolés au sein de la structure. Ils ont tendance à se replier sur eux-mêmes, à rester dans leur logement. Ils participent peu ou pas du tout à la vie collective. De plus, la consommation de produits est souvent associée à des problèmes d'hygiène corporelle, d'un défaut d'entretien du logement. Les professionnels assurent donc un rôle de veille important auprès de ces personnes pour maintenir un lien au quotidien, évaluer leurs situations et leurs besoins.

La formation des professionnels sur la problématique des addictions semble assez développée car la moitié des pensions de famille a déclaré avoir proposé une formation à ce sujet à leur équipe (graphique 56).

Le cadre de vie semi-collectif favorise la régulation des consommations de produits

Même si les addictions peuvent être à l'origine de perturbations au sein du collectif, il apparaît, suite aux entretiens, que ce cadre de vie semi-collectif a parfois un effet bénéfique sur l'évolution des consommations.

Plusieurs éléments structurant ce cadre de vie semblent favoriser la régulation des consommations de produits par les résidents. La présence de règles de vie au sein de la structure, l'organisation d'activités, les espaces collectifs, l'intervention de professionnels au quotidien pour faire vivre ce cadre mais aussi pour impliquer les personnes au quotidien dans la vie collective sont autant de moyens et d'outils pour accompagner les résidents dans la réduction ou la régulation de leurs consommations. L'objectif n'est pas tant que les résidents arrêtent toutes consommations de produits mais il s'agit là de favoriser leur insertion sociale.

Aussi, les professionnels ont ainsi pu observer, par exemple, que certaines personnes limitent leurs consommations afin de participer à des activités.

« On essaie de les occuper avec des activités car tant qu'ils sont sur une activité dans la salle commune, ils ne peuvent pas être alcoolisés. S'ils sont trop alcoolisés, ils n'ont pas le droit de venir sur le commun donc on essaie de leur trouver des activités qui les intéressent. »

Pour accompagner ce public, quelques professionnels enquêtés mettent en avant l'importance de s'appuyer sur le règlement. Dans l'exemple ci-dessous, les professionnels ont été amenés à refuser la participation d'un résident alcoolisé à une sortie alors que ce dernier était jusqu'alors très isolé et peu participatif à la vie collective de la structure. Néanmoins, dans la durée, ce cadre se révèle structurant pour la personne qui a ainsi appris à réguler ses consommations pour pouvoir participer aux activités proposées.

Exemple d'une personne consommatrice d'alcool, très isolée qui ne participait pas à la vie collective de la structure

« Tous les jours, on allait le voir, lui dire bonjour. On a appris qu'il aimait bien la pêche... On lui a dit « si, si, un jour vous viendrez avec nous ». Au bout de plus d'un an, un jour où on faisait une sortie il me dit « je viens avec vous » sauf qu'il était alcoolisé. Ils savent tous que s'ils sont alcoolisés, ils ne peuvent monter dans le véhicule. Je lui ai donc dit « Et bien non, vous êtes alcoolisé, vous ne pouvez pas monter dans le véhicule ». Plus tard, un jour, il est venu prendre un café. Il a appris qu'on pouvait pêcher (dans la parcelle de jardin mis à disposition de la pension de famille) et un jour il est monté dans le véhicule pour aller au jardin et s'est mis à pêcher. Maintenant, il participe à plusieurs activités. Au niveau de l'alcool, sa consommation s'est vraiment réduite. Quand il a envie de venir avec nous, il gère sa consommation. »

Pistes de réflexion...

- 1** **Veiller à l'équilibre du groupe lors des admissions en prenant en compte dans l'étude du dossier le rapport de la personne aux addictions** (consommations actuelles, présence d'antécédents de consommation, sorties de cure, etc). Il s'agit à la fois de ne pas mettre en difficulté la personne elle-même et le groupe de résidents.
- 2** **Soutenir les professionnels dans l'accompagnement des personnes ayant des conduites addictives :**
 - × Poursuivre la formation de l'ensemble des professionnels à l'accompagnement des personnes en situation d'addictions
 - × Disposer de temps d'échanges de pratiques
 - × Soutenir les professionnels dans leur fonction de régulation et de veille (appui des responsables)
- 3** **Maintenir des règles de vie qui spécifient le positionnement de la structure quant aux consommations de produits**

Certains professionnels ont indiqué avoir défini avec les résidents eux-mêmes ces règles de vie favorisant ainsi leur respect.
- 4** **Favoriser l'instauration de partenariats avec des structures spécialisées** à l'image des expériences relatées dans cette étude. Compte tenu du profil du public accueilli (des personnes qui s'inscrivent peu dans les soins), il semble pertinent de développer des approches qui favorisent **l'intervention de professionnels spécialisés sur site, de façon durable et régulière**. Un des freins évoqué par les professionnels est la difficulté de trouver des sources de financement pour développer ces actions. Par conséquent, les interventions collectives restent très souvent ponctuelles et ont donc un impact limité.

La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies (Mildt) a présenté, en septembre 2013, son nouveau « Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017 » où l'un des objectifs est justement de « **Rapprocher les dispositifs des populations les plus éloignées** » : « *Les personnes les plus éloignées des dispositifs peuvent l'être pour des raisons géographiques ou sociales. Or cet éloignement des dispositifs de prévention, de soins et de réduction des risques accroît leur vulnérabilité. Il convient donc de mettre en œuvre des mesures adaptées pour aller au devant de ceux qui ne demandent rien.* » []
- 5** **Favoriser la continuité des soins en développant des partenariats organisés avec les structures de soins spécialisés.**

Les ruptures de soins peuvent être liées à la personne elle-même qui abandonne les soins. Les professionnels des pensions de famille peuvent soutenir le retour vers le soin à condition d'être soutenu par des professionnels spécialisés.

Les ruptures de soins peuvent aussi être liées à un éloignement géographique de la personne de la structure assurant la prise en charge initiale. L'entrée dans une pension de famille peut induire un arrêt de prise en charge du fait de l'éloignement géographique. Les structures situées en milieu rural semblent plus concernées par cette problématique. L'enjeu est donc de favoriser les articulations entre les structures de soins spécialisées sur le territoire pour assurer la continuité des soins.
- 6** **Maintenir ou développer la vie collective au sein des pensions de famille** qui constitue un outil pertinent pour favoriser l'insertion sociale des personnes consommatrices de produits.



III - Les troubles psychiques et la souffrance psychologique

Le dispositif « Résidence accueil » constitue une modalité particulière de pension de famille, dédié aux personnes présentant un handicap psychique. Pour autant, les résidences accueil ne sont pas les seules concernées par l'accueil de ce public. De nombreuses pensions de famille "classiques" sont également concernées puisque 76,7 % des pensions de famille de la région Centre ont déclaré dans cette enquête accueillir des personnes avec des troubles psychiques, soit 23 structures sur 30.

L'évaluation nationale des pensions de famille menée en 2008 pointait également l'importance de ce public parmi les résidents : « Il apparait une fragilité psychologique très forte des publics, qu'ils souffrent d'un handicap ou que leurs parcours ait été à l'origine de troubles psychologiques ou d'une maladie psychiatrique. » [10].

1. Les manifestations de ces problématiques

D'après les échanges avec les professionnels des pensions de famille, diverses situations de personnes sont relevées et distinguées :

- × Des personnes présentant **des pathologies psychiques** avérées de type psychoses (schizophrénie, troubles bipolaires, etc.), des troubles de la personnalité, des syndromes dépressifs, etc.
- × Des personnes **en souffrance psychique** pour lesquelles l'expression de cette souffrance est à mettre en relation avec les situations de précarité et d'exclusion vécues.

Plusieurs professionnels enquêtés ont également mis en avant ignorer, parfois, les pathologies exactes des personnes accueillies. Deux raisons ressortent : soit le diagnostic médical n'est pas posé car la personne est dans le déni de sa situation, soit la personne réalise ses démarches de soins de façon indépendante sans que les professionnels de la pension de famille n'interviennent.

Les manifestations des troubles psychiques et de la souffrance psychique

Les pathologies mentales sont très invalidantes socialement et s'inscrivent dans la durée. Elles se manifestent de façon très hétérogène selon les pathologies et les personnes. Elles se traduisent par l'expression de divers troubles de comportement qui génèrent des difficultés d'inscription de ces personnes dans la société.

L'Unafam, dans son guide « *L'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique* » décrit certaines **attitudes et comportements des personnes handicapées psychiques** [18] :

- × Difficultés de perception de la réalité et notamment difficultés à percevoir son propre handicap et donc la nécessité des soins. Cela peut aussi se traduire par des idées délirantes, des hallucinations, etc.,
- × Présence d'anxiété, d'angoisses qui peuvent se manifester sous forme de phobies (claustrophobie, agoraphobie), des obsessions, des conduites addictives,
- × Troubles d'attention et de concentration, de mémoire et difficultés à programmer ou organiser,
- × Difficultés à élaborer des projets, des perspectives d'avenir,
- × Difficultés à prendre soin de soi (hygiène, etc.) et de leur santé, un rythme de vie souvent perturbé (rythme jour/nuit).

Jean PARQUET, dans son rapport « *Souffrance psychique et exclusion sociale* » décrit les manifestations possibles de la souffrance psychique [16] dont :

- * Incapacité à se projeter dans l'avenir
- * Incapacité à utiliser les compétences antérieurement acquises
- * Inscription dans le temps de l'instant
- * Incapacité d'utiliser les liens sociaux antérieurement construits
- * Incapacité de nouer de nouvelles relations affectives et sociales stables et diversifiées
- * Solitude affective, sociale et relationnelle
- * Perte de l'initiative relationnelle
- * Incapacité à imaginer les demandes d'aides nécessaires par incapacité à ressentir les besoins sanitaires et sociaux
- * Disparition des capacités d'initiative, réduction aux seules réponses à la proposition immédiate
- * Conduites d'évitement, de repli, de passivité
- * Baisse de l'estime de soi et de se croire susceptible d'agir sur son propre destin
- * Conduites addictives de compensation

La souffrance psychique est elle aussi difficile à caractériser. Selon Jean Parquet, « *la souffrance psychique est secondaire soit à plusieurs évènements de vie, soit à une rupture d'avec des modes de vie antérieurs, soit à la pérennisation de certains modes de vie. La souffrance psychique survient lorsque les mécanismes d'adaptation et de défense du sujet sont dépassés, lorsque les habiletés sociales sont mises à mal.* » [16].

Les professionnels assurant la fonction d'hôte ont largement mis en avant dans le cadre de cette enquête les difficultés de ces personnes à effectuer de façon autonome des actes du quotidien (entretien du logement, réalisation des courses, etc.), à établir des relations sociales.

Par ailleurs, ils mentionnent que l'accueil de ce public influence la vie collective de la pension de famille (besoin d'adapter les activités proposées et les modalités de fonctionnement, difficultés relationnelles avec les résidents, etc.). Les troubles de comportement sont difficiles à gérer au sein du collectif et demandent une attention particulière des professionnels.

Souffrance psychique, troubles psychiques : des liens avec la précarité

Jean PARQUET dans son rapport intitulé « *Souffrance psychique et exclusion sociale* » met en avant un lien « *indubitable* » entre l'état psychique des personnes en situation de précarité et d'exclusion et leurs parcours de vie. Il est observé « *une sur-représentation des problématiques psychoaffectives et des troubles mentaux.* » [16]

Une souffrance psychique qui prend diverses formes selon les travailleurs sociaux [17] :

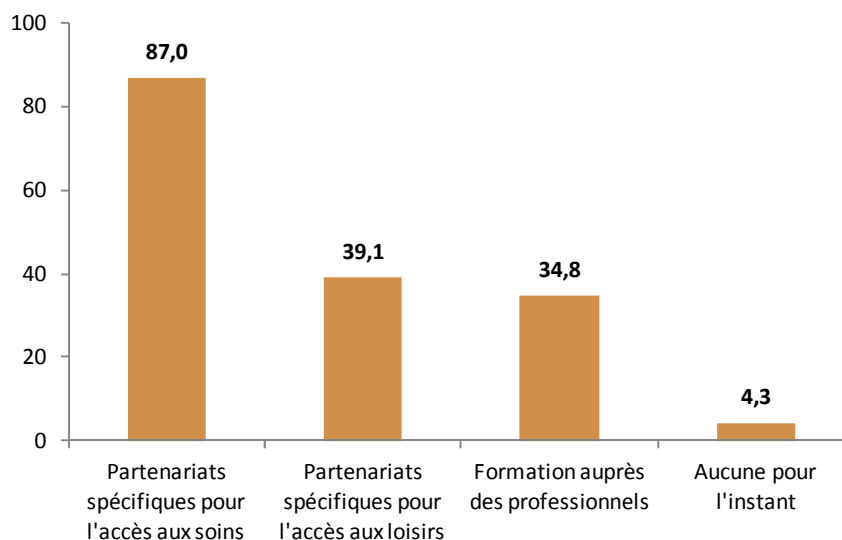
- **une souffrance psychique plus directement liée à des déterminants psychosociaux (chômage, maladie, ruptures...)** dont le cumul et la charge affective invalident de façon aiguë les mécanismes de défense et d'adaptation de la personne, mais dans un processus réversible : avec un accompagnement adéquat, ces usagers seront en mesure de franchir progressivement les étapes d'une réinsertion.
- **une autre forme de souffrance psychique plus souvent décrite chez les personnes en situation d'exclusion. Cette souffrance se présente sur fond de carences affectives, de violences, de ruptures ayant agi dès l'enfance, comme des traumatismes.** Au cours du développement de la personnalité, des mécanismes d'adaptation n'ont pu être élaborés, tels que la capacité à se projeter dans l'avenir, à utiliser les liens sociaux, à nouer des relations durables, ou même à demander de l'aide et supporter une situation de dépendance. Ces mécanismes entrent fortement en résonance avec des événements de vie déstabilisants, initiant des processus de désocialisation ou contribuant à maintenir l'exclusion. Les situations prolongées d'exclusion ou de précarité semblent pouvoir induire alors d'authentiques troubles mentaux caractérisés.

« *Souffrances ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social* »

2. Les réponses apportées par les pensions de famille

76,7 % des structures accueillent des personnes présentant des troubles psychiatriques, soit 23 pensions de famille. Parmi celles-ci, la quasi-totalité (22 sur 23) a mis en place des actions spécifiques pour faire face aux spécificités de l'accueil de ce public. Pour 87,0 %, il s'agit de partenariats spécifiques pour l'accès aux soins (secteur de psychiatrie, clinique privée, accueil de jour, SAVS, etc.) et pour près de 40 % de partenariats pour l'accès aux loisirs (GEM, etc.). Environ 35 % des structures ont proposé des formations auprès du personnel pour gérer l'accueil des résidents atteints de troubles psychiatriques (graphique 57).

57 - Actions mises en place pour l'accueil de personnes présentant des troubles psychiatriques (en %)



3. L'accès et la continuité des soins, partenaire indispensable du logement

Le logement comme levier à l'accès et au maintien des soins

Le plan psychiatrie-santé mentale 2011-2015 place l'accès et le maintien dans le logement comme un des objectifs prioritaires, favorisant la continuité et l'accès aux soins. L'accès à un logement adapté est ainsi considéré comme un « levier de prévention des rechutes et des chronicisations ». Néanmoins, il précise également que l'accès et le maintien dans un logement « n'est possible que dans la mesure où la vie dans ce logement est soutenue, chaque fois que nécessaire par les soins et un accompagnement social et/ou médico-social » [18].

Dans de nombreux rapports¹⁰, les dispositifs pensions de famille et résidence accueil sont identifiés comme des solutions de logement adaptées aux publics en souffrance psychique à condition que des partenariats s'organisent entre ces acteurs et le secteur psychiatrique notamment.

D'autres dispositifs existent également : des appartements thérapeutiques, des familles d'accueil thérapeutiques, les appartements avec gouvernante, etc. De même, un programme expérimental « *Housing First / un chez-soi d'abord* » s'inspirant de programmes développés aux Etats-Unis et au Canada est actuellement menée sur quatre villes françaises (Paris, Marseille, Lille, Toulouse) depuis 2011. Il vise à favoriser l'accès et le maintien dans un logement ordinaire de personnes sans-abri atteintes de troubles psychiques sévères. Les résultats définitifs de la recherche sont prévus pour 2016.

¹⁰ Le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 [9]

Igas - La prise en charge du handicap psychique - 2011 [21]

Unafam, CNSA, Unccas, Una - L'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique - 2008 [20]

L'accès aux soins : deux cas de figures à distinguer

Suite aux entretiens avec les pensions de famille de la région Centre, on constate que l'accès aux soins prend des formes diverses selon les personnes et les structures. Deux cas de figures sont distingués :

- **Des personnes sont inscrites dans un parcours de soins depuis leur arrivée dans la pension de famille**
Il s'agit de personnes dont la pathologie est reconnue et stabilisée. La mise en place du suivi a été engagée en amont de l'arrivée dans le logement, souvent par le service orienteur (CHRS, CMP, hôpital de jour,....). Les résidences accueil et certaines pensions de famille "classiques" accueillent uniquement des personnes inscrites dans un parcours de soins.
- **Des personnes dont l'accès aux soins est limité voire inexistant**
Pour certaines personnes, les troubles psychiques ne sont pas reconnus par la personne elle-même, et parfois non diagnostiqués. Les équipes des pensions de famille n'ont pas toujours connaissance de cette problématique lors de l'admission des personnes au sein de la structure. Dans ce cas, l'accès aux soins est très souvent inexistant.
D'autres personnes ont des parcours de soins discontinus. Certains ont cessé les soins après leur entrée dans la pension de famille du fait parfois d'un éloignement géographique des lieux de soins ou de l'apparition d'un sentiment de mieux-être associé à une stabilisation de leur situation.
Seules les pensions de famille "classiques" sont concernées par l'accueil de ces personnes.

Les difficultés relevées par les professionnels

L'accueil de ce public est complexe et diverses difficultés en matière d'accès aux soins sont relevées par les professionnels.

× Les ruptures de soins et le non recours aux soins

Les ruptures de soins se traduisent par une irrégularité dans les suivis médicaux, des arrêts de traitements. Elles engendrent, tout comme le non accès aux soins, des difficultés pour la personne elle-même ainsi que pour son entourage à savoir les autres résidents et les professionnels de la pension de famille : crise, décompensation, troubles du comportement, besoin d'hospitalisation, ruptures dans la dynamique d'insertion, etc.

Les professionnels observent notamment que l'entrée dans un logement est pour certains vécue comme un marqueur de guérison. L'arrivée en pension de famille ou en résidence accueil, a en effet permis pour certains une sortie d'hospitalisation ou du domicile familial, au gain d'une certaine autonomie qui conduit souvent à un sentiment de mieux-être.

« On a pu observer que des personnes suivies auparavant par un CMP ou autre, arrêtent le suivi dès qu'elles sont installées ici à la maison relais. C'est assez classique. Ils se sentent bien et du coup ils arrêtent. Cela pose la question de la liberté de chacun : jusqu'où faut-il respecter cette liberté et quand faut-il intervenir s'il se met en danger ? C'est un questionnement permanent. »

« Les gens qui sortent de l'hôpital pour aller en maison relais se pensent guéris car plus à l'hôpital. Or, ce sont des maladies dont on ne guérit pas, avec lesquelles on peut vivre »

× Des situations de crise à gérer :

Les professionnels indiquent être amenés à gérer des personnes en situation de crise sur les lieux de vie que sont les pensions de famille. Ce sont des moments particulièrement difficiles à gérer pour les professionnels qui doivent à la fois s'attacher à prendre en charge cette situation individuelle de crise et veiller à la sécurité et l'équilibre des autres résidents.

« Il faut gérer non seulement la personne mais aussi le groupe ».

Souvent, les personnes en état de crise sont dans le refus du soin. Plusieurs professionnels font part de leurs difficultés à pouvoir s'appuyer sur une intervention rapide des services psychiatriques lors de ces situations. A défaut, ils sont amenés à faire appel à des professionnels non spécialisés tels que SOS Médecin, le Samu, les pompiers, etc., qui parfois refusent d'intervenir. Les professionnels sont aussi amenés à solliciter des hospitalisations d'office (HO) ou des hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT) ou bien à gérer en interne ces situations.

« Lorsque les troubles psychiatriques ne permettent plus à la personne de se maintenir dans le logement occupé pendant un certain temps, il est difficile d'obtenir une hospitalisation en psychiatrie » (Un responsable, propos tirés des commentaires du questionnaire "Structure")

« Lors d'une situation de crise, il nous arrive de faire appel au secteur non psy afin de gérer celle-ci. Le secteur spécifique ne pouvant intervenir que rarement dans l'urgence ». (Un responsable, propos tirés des commentaires du questionnaire "Structure")

« Il faut accepter que la personne soit en droit de refuser le soin, c'est difficilement acceptable »

Quelques professionnels ont mentionné lors des entretiens le souhait de pouvoir s'appuyer en amont sur les services de psychiatrie, dès l'apparition des premiers signes de changement de comportements. Cela permettrait de limiter l'expression de ces crises et le recours aux HDT et HO qui restent des expériences traumatisantes pour tous.

L'appui des professionnels des pensions de famille par les services spécialisés est avant tout dépendant des partenariats développés entre ces deux acteurs.

4. Un partenariat indispensable entre les pensions de famille et les services de soins spécialisés

Ce que disent les textes et les rapports

Les textes fondateurs des pensions de famille et des résidences accueil mettent en avant l'importance d'organiser des partenariats spécifiques au niveau local et notamment avec les secteurs psychiatriques.

- ✕ Pour les pensions de famille "classiques" : « Compte tenu du profil des populations accueillies et de leur parcours, le partenariat local d'intervention sociale avec les services sociaux de secteur sera formalisé. Il doit en être de même pour les personnes ayant des problèmes psychiques pour lesquelles un partenariat avec les secteurs et intersecteurs psychiatriques devra être organisé » [1]
- ✕ Pour les résidences accueil, le partenariat n'est pas réduit aux services de psychiatrie mais s'étend également aux services d'accompagnement que sont les SAVS et Samsah : « Sa spécificité est d'offrir aux résidents la garantie, en tant que besoin, d'un accompagnement sanitaire et social, organisé dans le cadre de partenariats formalisés par des conventions, d'une part, avec le secteur psychiatrique, et d'autre part, avec un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah). » [19].

Les partenariats développés au sein des pensions de famille et résidences accueil de la région Centre

La grande majorité (87,0 %) des pensions de famille concernées par l'accueil de personnes souffrant de troubles psychiques a déclaré avoir développé des partenariats spécifiques au niveau du soin. Pour autant, les relations de collaboration entre les services de soins et les équipes des pensions de famille recouvrent des réalités bien différentes qu'il convient de distinguer.

Plusieurs cas de figures ont été observés lors des entretiens mettant en valeur divers degrés de partenariat :

➤ **L'existence d'un partenariat organisé voire formalisé avec les services sanitaires et médico-sociaux**

Les deux résidences accueil rencontrées ainsi qu'une pension de famille **ont développé un partenariat organisé** avec les services de psychiatrie. Cela fait parfois l'objet d'une formalisation par une convention. Cette formalisation semble assez fréquente dans le cas des résidences accueil et plus exceptionnelle pour les pensions de famille "classiques".

Parmi les pensions de famille "classiques" rencontrées lors des entretiens, seule une structure disposait d'une convention avec le secteur de psychiatrie. Cette convention a été développée par l'association gestionnaire bien en amont de l'ouverture de la pension de famille pour d'autres dispositifs.

Lorsque ce partenariat organisé existe, les résidents sont accueillis au sein de ces structures à condition d'être inscrits dans un parcours de soin. Un certificat médical peut alors constituer une des pièces du dossier d'admission de la personne.

« On ne pourrait pas les accueillir s'il n'y avait pas un partenariat avec les équipes médicales »

Dans le cas particulier des résidences accueil, le partenariat est élargi aux services d'accompagnement médico-sociaux tels que les SAVS ou les Samsah. Les deux résidences accueil rencontrées font état de liens très étroits avec ces services contrairement à ce que l'évaluation nationale menée en 2010 sur l'expérimentation des résidences accueil relevait : « il apparaît en effet que dans le plupart des cas cette collaboration est peu effective ». [11]

Les relations sont, dans le cas de ces deux résidences accueil, facilitées par le fait que ces dispositifs (résidence accueil, SAVS, Samsah) soient portés par la même structure gestionnaire favorisant ainsi les articulations entre les services. Des postes de professionnels sont parfois même mutualisés entre ces différents dispositifs.

➤ **Quelques pensions de famille « classiques » ont réussi à créer au fil du temps des relations avec les services de psychiatrie**

Deux pensions de famille "classiques" enquêtées ont indiqué avoir instauré avec le temps des relations de proximité avec les services de soins psychiatriques. Ce partenariat s'est développé au fur et à mesure, en fonction des situations individuelles. L'instauration de ces collaborations a nécessité du temps pour que chacun appréhende les fonctions et rôle des uns et des autres et que des relations de confiance s'instaurent.

« On veut bien accueillir des personnes avec des problèmes psychiatriques où on fait une veille sauf qu'on n'est pas formé pour. On a mis un frein, on a posé nos limites ouvertement au niveau de l'hôpital psychiatrique. Aujourd'hui, après trois ans de travail, on arrive un peu à travailler avec le CHS. On leur dit qu'on veut bien, qu'il y a des parcours intéressants, des projets intéressants qui pourraient intégrer le dispositif mais nous on veut des garanties. Le jour où on vous appelle, il faut être là et ne pas nous laisser dans des situations qu'on a pu connaître avec des gens en crise et personne pour nous aider. Aujourd'hui, le fait d'avoir dit nos limites, on a un infirmier référent. Quand on l'appelle 1 heure après il est là. Avant, on ne nous entendait pas. On part du principe que nous ne sommes pas médecin, infirmière psychiatrique mais par contre quand on a un de nos résidents qui ne va pas bien on le voit tout de suite et ça ils ont fini par l'entendre. Quand on va à l'hôpital avec une personne, ce n'est pas un hasard, c'est qu'il y a un changement de comportement, d'attitude et maintenant on est entendu. Quand on vient on sait qu'elle sera prise en charge. Ils ont compris qu'on n'était pas là pour prendre leur place. »

➤ **La majorité des pensions de famille « classiques » sont assez isolées des structures de soins**

Pour la majorité des pensions de famille "classiques", il est tout de même relevé la faiblesse des liens existant avec les services de psychiatrie ou avec les services tels que les SAVS, les Samsah. Les équipes des pensions de famille sont ainsi assez isolées et bénéficient de peu d'appui. Ce même constat a été relevé en 2010 dans l'évaluation du dispositif

résidence accueil : « les pensions de famille-maisons relais classiques ont beaucoup plus de mal à impliquer les partenaires de la psychiatrie auprès des résidents, si ces derniers ne faisaient pas l'objet d'un suivi psychiatrique au préalable » ; « Elles peinent à organiser cette prise en charge de leurs résidents lorsque ceux-ci sont touchés par des troubles ou le handicap psychique » [11].

Les freins au développement de partenariats

Plusieurs freins sont repérés par les professionnels des pensions de famille enquêtés :

- × Nécessité pour les équipes des services de soins et des pensions de famille de bien identifier et clarifier le rôle et la place de chacun quant à l'accompagnement des personnes,
- × La présence de craintes, de réticences quant au partage d'information entre des professionnels du secteur sanitaire et d'autres du secteur social (secret médical, etc.),
- × Besoin d'instaurer des relations dans la durée pour que de réelles relations de collaboration s'installent.

La méconnaissance réciproque des acteurs des secteurs social, médico-social, sanitaire et **le cloisonnement existant entre ces secteurs** font ainsi obstacle au développement de partenariats.

Face à ces constats, **disposer d'une équipe pluridisciplinaire semble constituer un bon levier**. Des professionnels d'une résidence accueil mentionnent que la présence d'un infirmier au sein de leur équipe a favorisé dans les premiers temps les relations avec le secteur psychiatrique.

« Cela se passe beaucoup mieux avec nous (les hôtes) maintenant. Cela a été important que ce soit elle (l'infirmière) au départ. Parce qu'ils se disaient des choses qu'ils ne nous transmettaient pas forcément à nous. Les infirmières considéraient que c'était du secret médical et n'en rendaient compte qu'aux infirmières. Maintenant, on est plus dans le secret partagé. Les partenaires nous connaissent bien maintenant. »

Dans le même sens, des professionnels d'une pension de famille sollicitent **le développement d'un poste d'infirmier-coordonateur** pouvant intervenir sur plusieurs structures afin de favoriser l'instauration d'une réelle collaboration entre les services de soins et les professionnels des pensions de famille. Plusieurs intérêts sont cités : ce professionnel issu du secteur sanitaire serait mieux reconnu par les services de soins, il disposerait d'une expertise complémentaire à celle de l'équipe favorisant ainsi la compréhension des enjeux, et disposerait d'un temps dédié pour faire vivre ce partenariat.

Par ailleurs, les difficultés de développement de partenariat sont également à relier **au positionnement des acteurs institutionnels**. A titre d'exemple, dans un département de la région Centre, l'intervention du Samsah n'est pas possible pour une personne résidant au sein d'une pension de famille.

Il semble essentiel de s'attacher à l'identification et à la compréhension des éléments freinant le développement de ce partenariat qui constitue, avant tout, une ressource essentielle pour chacun.

Les intérêts du travail en partenariat

L'existence de partenariat opérationnel entre les pensions de famille et les services de soins présente, selon les professionnels rencontrés, plusieurs intérêts à la fois pour les résidents et les professionnels :

- Il favorise **la continuité des soins et améliore la qualité de l'accompagnement** proposé à la personne. Les professionnels des pensions de famille assurent au quotidien un rôle de veille qui permet de limiter les ruptures de soins et d'alerter les équipes de soins en cas de besoin. Cette étude met en avant que les

personnes qui sont inscrites durablement dans le soin sont plus fréquemment accueillies dans des structures disposant de partenariat organisé avec la psychiatrie.

« Le bénéfice que la personne peut retirer de ce partenariat : un meilleur suivi, un meilleur accompagnement à la socialisation, un meilleur accompagnement médical, un meilleur accompagnement dans leur vie quotidienne. »

- L'existence d'un partenariat **favorise les échanges entre les équipes et la circulation des informations**. Ces relations de collaboration permettent aux équipes des pensions de famille **d'avoir un soutien** dans l'accompagnement des personnes au quotidien. Cela se révèle d'autant plus important que les professionnels des pensions de famille ne sont pas des professionnels issus de la psychiatrie. Le partenariat permet aussi aux professionnels des pensions de famille d'avoir **un appui face aux situations difficiles** pouvant prendre la forme **d'une intervention rapide des services de psychiatrie en cas de crise par exemple**. A l'inverse, les équipes des pensions de famille sont un véritable appui aux services de soins par le travail d'accompagnement qu'elles réalisent au quotidien.

« On est en relation permanente avec les partenaires médicaux. Dès que ça va moins bien, on le signale. Ils viennent ici les rencontrer et on fait le point ensemble. D'où la nécessité pour une résidence telle que la nôtre, d'avoir un partenariat organisé et qui fonctionne. Une résidence accueil ne se suffit pas à elle-même, quoi qu'elle fasse. »

« Le lien verbal entre moi et les travailleurs sociaux des services psychiatriques s'est mis en place naturellement, au fil du temps. On ne peut pas accompagner les personnes correctement, dans leur globalité, si l'on ne travaille pas ensemble. C'est indispensable car j'ai très peu de connaissances sur le plan psychiatrique. J'ai besoin de savoir si ma façon d'agir correspond bien à la personne, si les problèmes physiques évoqués sont des problèmes physiques ou si c'est de la somatisation et non de l'organique. J'échange jamais avec les psychologues, j'ai majoritairement les infirmiers, et l'assistante sociale. »

« Quand on a un besoin, un résident avec de graves problèmes de comportement, ils interviennent sur place. »

5. Les besoins des professionnels des pensions de famille

Les professionnels des pensions de famille assument diverses fonctions qui favorisent la prise en charge des personnes ayant des troubles psychiques : une présence quotidienne bienveillante ; un rôle de veille, d'observation et d'alerte en cas d'urgence, un rôle d'interface avec les divers partenaires impliqués dans l'accompagnement des personnes, etc.

« Nous, on n'est pas soignant, on peut juste les encourager à maintenir les liens avec l'équipe médicale pour éviter une rupture de soins. »

« On doit veiller à la non rupture de soins. On réagit très vite parce qu'on le voit et c'est tout de suite retransmis au Samsah. »

« On doit travailler en réseau avec les services médicaux, avec les personnes qui gravitent autour d'eux pour leurs soins. Il est important de travailler aussi avec leurs mandataires »

Ces professionnels sont « très exposés » d'où le besoin pour eux de **disposer d'outils et de soutien**. Plusieurs besoins sont ressortis lors des échanges avec les professionnels :

- **Nécessité de se former sur les spécificités que comporte l'accompagnement de personnes avec des troubles psychiques** : pour les professionnels, ces formations sont essentielles pour avoir une meilleure connaissance de ce public, avoir des repères sur les attitudes à adopter, sur les moyens de communication, etc. L'Unafam précise que la question de la connaissance et donc de la formation est « *une première étape primordiale, (qui) consiste à mieux connaître, pour mieux les appréhender, les diverses manifestations des troubles psychiques afin d'y répondre de manière durable et adaptée* » [20].

« Si l'on ne comprend pas la problématique de ce public particulier, on ne peut pas l'accompagner de façon satisfaisante. C'est plus en termes de bien savoir communiquer avec ces personnes-là. C'est fondamental. Tout passe par la communication. »

« Comment communiquer avec la personne ? Comment repérer les signes quand ils vont mal ? Quand est-ce qu'une hospitalisation serait souhaitable ? »

« Dans ce sens, des professionnels d'une résidence accueil précisent : « On a des formations sur les maladies psychiques en interne. On peut évaluer quelqu'un qui ne va pas bien »

8 structures concernées par cette problématique (soit 34,8 %, graphique 57) ont proposé des formations aux professionnels.

- **Besoin de soutien de la part des services spécialisés** : plusieurs professionnels font référence à l'importance d'être en lien avec des professionnels du soin ayant une expertise de la psychiatrie pour échanger, solliciter leur appui sur des situations individuelles de résidents. L'Igas pointe également que « *les équipes de soin sont des partenaires incontournables et sécurisants : le soin joue un rôle essentiel pour l'autonomie de la personne, pour stabiliser son état, éviter les ruptures de soin, préparer la sortie et être présent en situation de crise.* » [21].

Se situer dans des partenariats organisés avec la psychiatrie facilitent ces collaborations. A défaut, certains professionnels trouvent des appuis en dehors de ce circuit en s'appuyant par exemple sur des réseaux locaux (Atelier santé ville, réseau santé précarité).

- **L'importance de disposer de temps d'échange de pratiques** : L'accueil de ce public en souffrance psychique suscite chez les professionnels de nombreux questionnements sur leurs limites et leurs responsabilités (« Comment accepter qu'une personne refuse les soins ? », etc.) La prise de recul est ainsi nécessaire pour les professionnels qui indiquent très souvent s'appuyer sur les temps d'échanges de pratiques quand ils existent.

Pistes de réflexion...

L'accès des personnes présentant des troubles psychiques ou en souffrance psychique à un logement que ce soit au sein d'une résidence accueil ou d'une pension de famille "classique" présente un réel intérêt pour ces personnes. Aussi, il est important de ne pas remettre en cause l'accueil de ce public même au sein des pensions de famille dites "classiques". Ces dernières doivent néanmoins veiller à l'équilibre du groupe. L'enjeu se situe donc dans l'amélioration de la prise en charge des personnes présentant des troubles psychiques ou en souffrance psychique au sein de ces structures. Le développement de coopérations entre des acteurs, intervenants dans des champs disciplinaires divers (sanitaire, social, médico-social), est primordial pour pouvoir construire des réponses collectives et concertées.

« *Un même patient doit pouvoir passer aisément d'une structure à l'autre, quel que soit le champ auquel il appartient (sanitaire, social, médico-social) et quel que soit le financeur, en fonction de l'évolution de son état de santé (situation de crise, état chronique, état stabilisé ou non...).* », tel est le souhait exprimé dans le schéma régional d'organisation sanitaire de la région Centre. [22]

1 Mobiliser les acteurs institutionnels

Les orientations des politiques de santé mentale vont aujourd'hui dans le sens d'un plus grand décloisonnement entre les divers secteurs concernés. Plusieurs documents de cadrage et de planification tels que le plan national psychiatrie-santé mentale, le plan régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (Praps), les schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) ou d'organisation médico-sociale (SROMS) ont tous parmi leurs objectifs la volonté de favoriser le développement de partenariats à l'échelle des territoires.

Aussi, dans le cas particulier des pensions de famille, il est essentiel de mobiliser les acteurs suivants : l'ARS, la DRJSCS et les DDSC/DDCSPP, les MDPH ainsi que les Conseils généraux pour engager la réflexion sur ce sujet, identifier les besoins et mobiliser les moyens nécessaires au développement de réponses.

2 Former et soutenir les professionnels

Il apparaît essentiel que les professionnels des pensions de famille disposent de temps de formation spécifique à la question des troubles psychiques et de la souffrance psychique. Ces formations pourraient être organisées à une échelle locale, de façon inter-institutionnelle, contribuant ainsi au développement ou renforcement des partenariats.

Face aux difficultés liées à l'accompagnement de ce public, en complément des formations, il est important que les professionnels disposent d'un soutien technique et de temps d'échanges de pratiques.

3 Favoriser le développement de partenariats organisés autour des équipes des pensions de famille

Pour garantir un accompagnement répondant aux besoins des résidents et un soutien aux professionnels des pensions de famille, le développement de partenariats organisés avec les secteurs de psychiatrie, les services SAVS et Samsah est indispensable. L'ARS et les DDSC/DDCSPP tiennent un rôle essentiel pour mobiliser ces acteurs aux côtés des structures gestionnaires.

Il est nécessaire de définir les modalités sous lesquelles ces partenariats pourraient s'organiser. Les expériences menées par les résidences accueil et certaines pensions de famille peuvent servir de support à la réflexion. D'ores et déjà, quelques pistes peuvent être évoquées :

- ✗ Associer les partenaires au fonctionnement de la pension de famille et notamment lors de la définition du projet social, lors des commissions d'admissions ou lors des comités de suivis.
- ✗ Prévoir des instances de concertations entre les équipes : organisation de temps d'échanges réguliers,
- ✗ Définir les modalités d'intervention des services de psychiatrie notamment dans les soins réguliers, lors des situations d'urgence.

Ces partenariats pourront faire l'objet d'un conventionnement tel que le recommandent de nombreux rapports.

4 Développer des partenariats favorisant l'accès aux soins des personnes les plus éloignées

Les partenariats, tels qu'ils ont été pensés dans les dispositifs de pensions de famille et de résidence accueil visent à favoriser la continuité des soins pour les personnes déjà inscrites dans un parcours de soins. Pour autant, il serait également intéressant de **penser ces partenariats comme leviers à l'accès aux soins des personnes pour lesquelles le soin est inexistant et discontinu**. Cela est un véritable enjeu notamment pour les équipes des pensions de famille "classiques".

Il est ainsi important de promouvoir des modalités d'intervention spécifiques permettant aux professionnels d'intervenir au plus près de ces personnes dont aucune demande n'est formulée. Il s'agit d'encourager des interventions adoptant le principe du « aller vers ». Dans le champ de la santé mentale, **les équipes mobiles de psychiatrie – précarité (EMPP) semblent constituer une ressource intéressante**.

Selon l'état des lieux réalisé dans le cadre du Praps 2012-2016, **seul quatre départements de la région Centre peuvent s'appuyer sur une EMPP** : l'Indre (36), l'Indre-et-Loire (37), Le Loir-et-Cher (41) et l'Eure-et-Loir (28). [23]

Les équipes mobiles psychiatrie - précarité (EMPP) ont pour mission :

- ✗ Aller au-devant des personnes en situation de précarité souffrant d'une pathologie psychique ou d'une souffrance psychique qu'elle que soit le lieu où elles sont repérées,
- ✗ Soutenir les acteurs de première ligne confrontés à des situations de vulnérabilité psychique,
- ✗ Constituer une interface entre les acteurs de la psychiatrie et les équipes sanitaires, sociales afin de faciliter l'élaboration de prises en charge coordonnées.

5 S'inscrire dans les politiques territoriales de santé mentale

Il existe des instances au niveau local, comme les Ateliers Santé Ville (ASV), les réseaux précarité-santé mentale, les conseils locaux de santé mentale, qui constituent des espaces de rencontres et de concertation entre des acteurs divers intervenant sur un même territoire : professionnels de santé, des acteurs du secteur social et médico-social, des associations, des collectivités, des élus, des usagers, etc. Ces espaces favorisent les échanges, l'analyse des situations, la réflexion sur les prises en charge et les possibilités de collaboration, etc.

Aussi, la participation des professionnels des pensions de famille à ces instances peut leur permettre de mieux connaître les partenaires, de trouver un soutien par rapport aux difficultés rencontrées au sein de leurs structures, de faire remonter leurs constats et difficultés, de participer à la construction de réponses adaptées.

6 Le développement de poste de coordination-santé

(Cette action sera développée plus précisément dans la partie suivante relative au vieillissement.)



IV - Le vieillissement et la perte d'autonomie

Le vieillissement démographique de la population française est une réalité connue depuis de nombreuses années et constitue un enjeu pour la société française. Les pensions de famille sont elles aussi concernées par cette question du vieillissement. Actuellement, plus de la moitié des pensions de famille (53,3 % soit 16 structures) indique être confrontée à des situations de vieillissement de certains résidents.

La moyenne d'âge des résidents est de 50 ans (âge médian de 49 ans) et la part des personnes âgées de 45 ans et plus représente 65 % des résidents.

1. Comment se manifeste le vieillissement ?

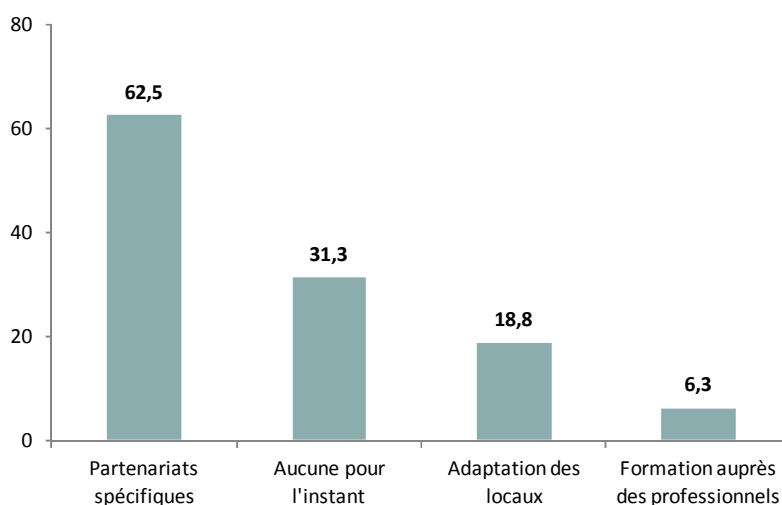
La question du vieillissement en pension de famille est à considérer différemment du vieillissement "classique" de la population générale. Les personnes accueillies en pension de famille vieillissent de façon **prématurée** du fait de leurs parcours de vie, de leurs comportements (consommation de produits). Aussi, les premiers signes de perte d'autonomie apparaissent chez ce public vers 50-55 ans selon les professionnels enquêtés.

Dans cette étude, les professionnels nous ont indiqué que les résidents vieillissants présentaient très souvent des pathologies de santé lourdes de types cancers, hépatites, cirrhoses, syndrome de Korsakoff, diabète, etc. A ces problèmes de santé, s'associent très souvent une perte d'autonomie dans la réalisation des gestes du quotidien (préparation des repas, entretien du logement, hygiène corporelle, etc.) et parfois une diminution de la mobilité, des pertes de mémoire et de repères spatio-temporels.

2. Les réponses apportées

Parmi les structures concernées par l'accueil des personnes vieillissantes, 62,5 % (soit 10 structures) déclarent avoir mis en place des partenariats spécifiques (aide à domicile, portage de repas, médecin, infirmier, etc.) pour s'adapter à ce public. Environ 31 % n'ont encore mis en place aucune action (graphique 58).

58 - Actions mises en place pour l'accueil de personnes vieillissantes (en %)



Lors des entretiens, les pensions de famille concernées par le vieillissement de leurs résidents ont indiqué prendre en compte cette question du vieillissement en investissant plusieurs champs d'interventions.

L'accessibilité des logements

Toutes les pensions de famille rencontrées disposent de logements adaptés à l'accueil de personnes en perte d'autonomie. Pour la majorité, seuls quelques logements sont adaptés (par exemple, 2 ou 3 logements sur l'ensemble). Plus exceptionnellement, tous les logements ont été conçus dans cette logique d'accessibilité.

Les adaptations consistent très souvent à proposer des appartements situés en rez-de-chaussée ou bénéficiant d'un accès par ascenseur, à mettre en place des barres de maintien dans les sanitaires. Plus rarement, les logements disposent de douches italiennes.

« Tout est de plein pied. Les adaptations sont déjà faites. On appréhende ainsi avec sérénité le vieillissement de certains publics »

L'adaptation du bâti est un axe d'intervention qui ne peut cependant pas être l'unique. Il doit, selon l'Unafo, être associé à « une offre de service » à savoir un accompagnement des personnes notamment vers le soin et dans la réalisation des actes de la vie quotidienne. D'ailleurs, la mise en place de partenariats spécifiques apparaît selon les questionnaires comme la première réponse développée par les pensions de famille face à cette problématique de vieillissement (graphique 58). [24]

L'accompagnement des personnes vers et dans les soins

Pour certains résidents, l'accès aux soins était inexistant à leur arrivée en pension de famille et ne constituait pas une priorité, d'après les professionnels enquêtés.

« Le soin est pratiquement inexistant quand ils arrivent, pour certains. Ils trouvent inutile d'avoir un médecin traitant. Le soin n'est pas une priorité à leur arrivée. C'est une fois que la relation de confiance est vraiment établie, qu'ils savent que c'est possible, qu'on peut en parler. Mais la priorité au tout début, c'est le logement, l'habillement, l'alimentation. Ensuite vient la santé. »

L'arrivée dans la pension de famille est parfois marquée par l'émergence de problématiques de santé importantes notamment chez les personnes vieillissantes, comme le dénote certains professionnels.

« Le parcours de vie d'une grande partie d'entre eux, fait qu'une fois leurs valises posées ici nous avons vu apparaître de grosses pathologies de santé comme tout remontait à la surface »

« On a l'impression qu'une fois qu'ils sont posés en maison relais et sécurisés au niveau du logement, toutes les problématiques de santé resurgissent et c'est un gros axe au niveau des accompagnements. On ne décèle pas ces problèmes au départ. »

Les professionnels des pensions de famille jouent un rôle important dans l'accompagnement de ces personnes vers et dans les soins : ils informent, orientent, aident à la prise de rendez-vous et accompagnent la personne lors des rendez-vous si besoin. Cet axe accompagnement prend une place importante dans la fonction des professionnels.

« C'est une grosse partie de notre mission qui n'était pas du tout envisagée au départ. La grosse part de notre travail consiste donc à accompagner toutes ces maladies, ces pathologies. »

Aussi, certains professionnels ont développé des partenariats étroits avec des professionnels de santé locaux : cabinets médicaux, cabinets d'infirmiers privés. Ces partenariats ne sont pas formalisés dans le cadre d'une convention mais ils favorisent les relations et collaborations entre les professionnels de santé et ceux de la pension de famille. Les professionnels jouent un rôle d'interface et sont identifiés comme des relais par les professionnels extérieurs. Ce travail de partenariat nécessite beaucoup de temps et d'investissement de la part des professionnels des pensions de famille.

« Quand une ordonnance arrive à échéance, c'est nous que l'infirmier appelle pour prendre rendez-vous pour un renouvellement pour tel ou tel résident. C'est nous qui sommes identifiés. »

La mise en place de plans d'aide au domicile de la personne

Le vieillissement des résidents se traduit aussi par une perte d'autonomie et donc une difficulté à assurer les gestes du quotidien. Étant dans une logique de logement autonome, les pensions de famille rencontrées veillent à favoriser le maintien au domicile.

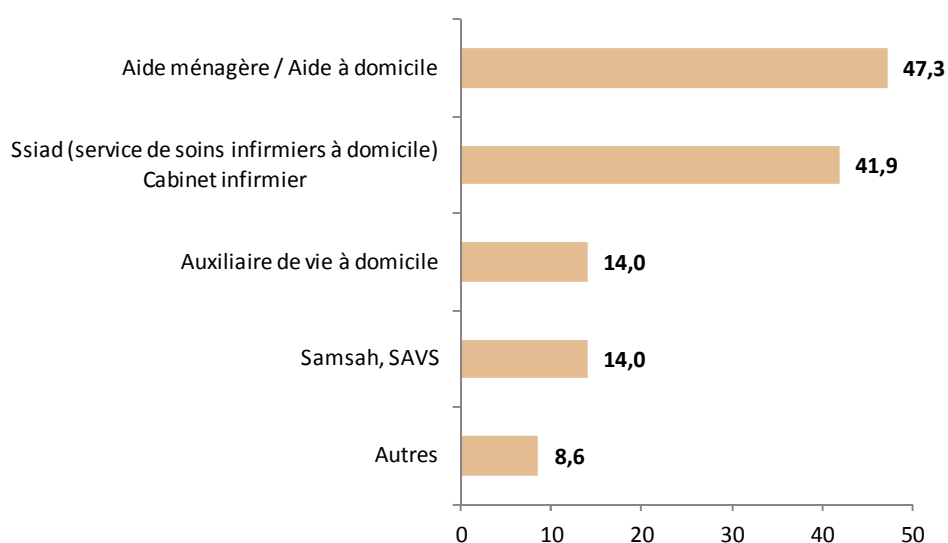
« On fait comme on ferait dans une famille. Ils ne souhaitent pas l'hôpital. On essaye d'organiser les soins sur place. Ils y a des infirmiers libéraux qui viennent sur place, auxiliaire de vie... »

La mise en place d'un plan d'aide est alors envisagée. Les possibilités de réponses existantes dans le droit commun sont mobilisées.

Divers professionnels locaux vont ainsi intervenir au domicile des personnes : aides à domicile, services infirmiers, auxiliaires de vie, HAD, etc. pour une aide à la vie quotidienne (entretien du logement, préparation des repas, courses, toilette) ou dans le cadre des soins (aide à la prise médicamenteuse, soins divers, etc.). D'autres dispositifs peuvent également être actionnés tels que le portage de repas à domicile.

27,0 % des résidents déclarent avoir régulièrement des services intervenant à leur domicile au sein de la pension de famille. Le premier service utilisé est celui d'aide ménagère ou aide à domicile (environ 47 %) puis des soins infirmiers (environ 42 %) (graphique 59).

59 - Services extérieurs intervenant aux domiciles des résidents (en %)



Les professionnels des pensions de famille tentent ainsi de développer un travail de réseau avec les professionnels intervenant autour des situations individuelles. La prise en charge de ces personnes nécessite un important travail de

partenariat. Certains s'appuient sur les CCAS et/ou Clic pour qu'une évaluation de la situation et des besoins de la personne soit réalisée. Les services de tutelle quand ils sont présents sont également associés.

Face à cette problématique du vieillissement, les pensions de famille ont développé diverses réponses. Néanmoins, plusieurs difficultés et limites se posent.

3. Les difficultés et limites liées à la prise en compte du vieillissement

Un accès limité aux dispositifs de maintien à domicile

La particularité du vieillissement des personnes accueillies au sein des pensions de famille tient essentiellement en sa précocité. Aussi, même si des dispositifs existent actuellement dans le droit commun pour favoriser le maintien à domicile, l'accès à ses dispositifs est très souvent limité pour les résidents. Deux raisons sont relevées :

- × **Les résidents n'ont pas atteints l'âge requis** pour accéder aux dispositifs dédiés aux personnes âgées. A titre d'exemple, pour bénéficier de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA), il faut avoir au minimum 60 ans.
- × **Les résidents disposent de ressources limitées** : en l'absence d'aides financières comme l'APA et du fait des faibles ressources dont disposent les résidents, la mise en place d'un plan d'aide apparaît limitée voire impossible.

« Ils n'ont aucune aide, on ne peut pas faire intervenir des aides ménagères parce qu'ils n'ont pas assez de ressources pour les payer »

De fait, parmi les pensions de famille rencontrées, une équipe a développé un partenariat avec la MDPH afin d'améliorer la prise en charge de ces personnes dépendantes de moins de 60 ans. En ayant une reconnaissance de handicap, la mise en place de suivi via des services comme les SAVS, Samsah peut être instaurée, ainsi que l'intervention d'un service d'aide ménagère.

Une implication importante des professionnels

La perte d'autonomie des résidents requiert une grande attention et vigilance de la part des professionnels au quotidien et donc beaucoup de temps et d'investissement. Ils sont amenés à soutenir les personnes dans la gestion de leur quotidien à défaut de pouvoir mettre en place des interventions extérieures.

Néanmoins, les besoins des résidents dépassent assez vite les possibilités d'intervention des équipes, aussi bien en termes de disponibilité des professionnels, que de compétences.

« Nous ici, on n'a pas assez de personnel pour les soutenir au quotidien »

Plusieurs professionnels ont fait part lors des entretiens des difficultés qu'ils éprouvaient face au vieillissement des résidents. Ils évoquent l'isolement auquel ils sont confrontés dans la prise en charge de certaines situations, de leurs compétences limitées dans le champ sanitaire, du manque de relais possible par des professionnels extérieurs. Cela génère de l'angoisse et de multiples questionnements sur leurs limites et responsabilités en tant que professionnels.

« Cela nous angoisse, ça nous met en difficulté, ça nous laisse livrés à nous-mêmes. Cela devient difficile à porter. On se demande comment telle personne va pouvoir rester seule chez elle, sans surveillance. Comment faire ? Cela ne rentre plus dans nos missions. Il faut trouver les partenaires potentiels pour pouvoir prendre en charge la personne. »

« Si une personne ne va pas bien parce qu'elle ne fait pas ce qui faut, cela à des conséquences sur le collectif et pour nous, se pose la question de savoir jusqu'où on agit, jusqu'où va notre engagement ? Soit on le laisse de côté, soit on considère qu'il y a non assistance à personne en danger et quand il ne va vraiment pas bien il faut qu'on appelle le Samu. On est toujours sur cette frange là et sur ce point là on manque terriblement de personne référente qui puisse accompagner ces problèmes médicaux. »

La formation des professionnels sur cette problématique de vieillissement est à ce jour peu développée : seule une pension de famille a proposé une formation sur le vieillissement aux professionnels (graphique 58).

Certains professionnels préconisent ainsi la création dans les pensions de famille de poste d'infirmier-coordonateur qui pourraient être mutualisé sur plusieurs structures. Ce professionnel viendrait ainsi en appui des équipes des pensions de famille sur le volet sanitaire et aurait plus de légitimité et de crédibilité selon les professionnels pour initier des partenariats avec le secteur sanitaire.

« Un infirmier n'a pas le même rapport avec le monde médical qu'un travailleur social ; les échanges qu'on peut avoir seront forcément différents »

Des projets de sorties difficiles à mettre en œuvre

Lorsque l'autonomie de la personne diminue et nécessite un accompagnement quotidien, l'accès à une structure spécialisée s'avère nécessaire.

« On accepte que les personnes restent tant que la situation pourrait se produire dans un appartement classique. Dès que ce n'est plus faisable, même sur une pension de famille, la personne ne pourra plus rester. Il faudra trouver un autre établissement. »

« Lorsque l'autonomie baisse ainsi, il faut trouver une structure avec plus de personnel, une structure beaucoup plus cadrante et adaptée à la problématique. »

Les structures identifiées comme relais possible par les professionnels rencontrés sont principalement les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Les Foyers d'accueil médicalisés (Fam) ainsi que les familles d'accueil sont également cités par des professionnels intervenant en résidence accueil.

Pour autant, l'accès à ces structures reste là aussi très limité. Plusieurs raisons sont évoquées par les professionnels :

- × L'accès aux Ehpad n'est possible qu'à partir de 60 ans et les dérogations d'âge sont difficiles à obtenir.
- × Les Ehpad semblent réticents à accueillir des personnes vivant en pensions de famille. Ils ne sont pas habitués à accueillir un public plus jeune ayant vécu des parcours d'exclusion, avec des problématiques d'addictions, des troubles psychiques.
- × Les résidents disposent de faibles ressources
- × Un manque de places dans ces structures est également souligné

« Ils n'ont pas l'âge pour rentrer en maison de retraite et pour faire des dérogations d'âge, c'est compliqué. »

« Lorsqu'on recherche des maisons de retraite, ils sont trop jeunes pour y aller et les ressources sont insuffisantes. Notre public est différent du public allant vers les maisons de retraite et aucune maison de retraite ne veut d'eux »

Parmi les pensions de famille rencontrées, aucun partenariat avec un ou des Ehpad n'a été engagé.

Accompagnement de situations de fin de vie

Plusieurs décès, de mort naturelle, sont recensés au sein des pensions de famille. Des professionnels ont ainsi été amenés à accompagner des situations de fins de vie. Ces moments sont particulièrement difficiles à vivre pour les professionnels ainsi que pour les autres résidents de la structure.

« Cela reste difficile pour les autres. C'est source d'angoisses. Ça les renvoie à leur vécu, à leur propre mort. »

Une pension de famille rencontrée dans le cadre des entretiens s'est mise en relation, suite à un décès dans leur structure, avec l'équipe de soins palliatifs afin qu'ils interviennent auprès des autres résidents marqués par ce décès. D'autres professionnels sollicitent quant à eux une formation sur l'accompagnement des fins de vie.

« Comment accompagner sachant que tout cela aura des répercussions sur le collectif : les grosses difficultés de santé de l'un ou l'autre suscite des angoisses chez les autres résidents. C'est une mission à laquelle on ne s'attendait pas du tout. »

4. Des pistes de réflexion et des initiatives engagées

Au regard du profil d'âge actuel des personnes accueillies en pension de famille, le vieillissement des résidents représentera une réalité de plus en plus prégnante pour ces structures dans les prochaines années. Engager une réflexion partagée sur la question du vieillissement des personnes ayant connu des parcours d'exclusion d'une part, et des personnes ayant un handicap psychique, d'autre part est essentielle. Cette question est à la croisée de plusieurs acteurs et secteurs : le secteur de la lutte contre les exclusions (Etat, acteurs du champ social), les secteurs sanitaire et médico-social (Conseils généraux, Ehpad, etc.). L'enjeu est donc de favoriser le décloisonnement pour penser ensemble les possibilités de prise en charge.

Quelques initiatives existent pour favoriser la prise en charge de ces personnes vieillissantes et peuvent ainsi étayer la réflexion sur deux aspects :

- Favoriser la prise en charge de la baisse d'autonomie au sein des pensions de famille
- L'après-pension de famille : quelles orientations possibles ?

Favoriser la prise en charge de la baisse d'autonomie au sein des pensions de famille

L'Unafop dans son rapport sur « Précarité sociale et vieillissement » cite plusieurs pistes à développer pour les acteurs du logement adapté dont les pensions de famille. [24]

- **L'accompagnement de proximité et la médiation individuelle**

Observant que le recours aux soins et aux services gérontologiques était limité, l'Unafop préconise « l'intervention de professionnels de santé dans le cadre de dispositif de veille et de détection des besoins, pour organiser l'orientation vers les services de droit commun ».

Cela peut s'illustrer par le développement d'une fonction de coordination santé, assuré par exemple par un infirmier. L'association ARELI l'a expérimentée dans des foyers de travailleurs migrants et des résidences sociales accueillant des personnes vieillissantes. Dans cet exemple, l'infirmière intervenait sur plusieurs sites toutes les semaines.

Le rôle de ce professionnel de santé n'est pas de dispenser des soins mais d'assurer un rôle de médiation et d'interface auprès des résidents, des professionnels de santé et des autres professionnels des pensions de famille. Les missions peuvent être les suivantes :

- * Evaluer la situation et les besoins des personnes au regard des problématiques de santé,
- * Orienter vers les dispositifs ou professionnels de santé
- * Accompagner les personnes dans les soins (observance thérapeutique, explication des traitements, accompagnement physique aux rendez-vous, etc.)
- * Initier un travail de partenariat avec les services de droits communs des secteurs sanitaire et social

➤ **Le travail collectif en réseau**

Le travail en réseau est essentiel pour assurer une prise en charge adaptée des personnes vieillissantes au sein des pensions de famille. Il doit favoriser les collaborations entre des acteurs issus de secteurs différents (champs social, sanitaire, secteur personnes âgées). Le partage d'une culture commune est un levier au développement de relations partenariales.

Un exemple met en avant plusieurs pistes d'actions possibles. Le Conseil général de Haute-Savoie a intégré dans son schéma gérontologique « la problématique du public vieillissant migrant » qui s'est traduit par diverses actions telles que :

- * favoriser la formation des intervenants à domicile (SSIAD,..) à l'accompagnement de ce public spécifique,
- * proposer des conventions avec les Ehpad pour faciliter la prise en charge de ce public vieillissant,
- * financement d'un temps de coordination d'infirmier au sein des résidences sociales,
- * informer les professionnels intervenant auprès de ce public sur les dispositifs existants pour les personnes âgées, etc.

➤ **L'adaptation du bâti**

➤ **Le soutien des professionnels**

La formation et l'accompagnement des professionnels intervenant auprès de personnes vieillissantes au sein des pensions de famille est « *un enjeu essentiel* ». Cela peut se traduire par la mise en place d'un référentiel sur le vieillissement, la participation de formations sur des thématiques telles que les caractéristiques du vieillissement, la connaissance des dispositifs et acteurs intervenant dans la prise en charge des personnes âgées [26].

L'après-pension de famille : quelles orientations possibles ?

Face à la problématique de la prise en charge du vieillissement chez les personnes ayant connu des parcours d'exclusion, quelques initiatives ont été relevées sur le plan national. Deux principes d'interventions se dégagent et parfois se complètent :

- * Créer des structures spécifiquement dédiées à ce public,
- * Favoriser l'intégration de ce public dans les structures de droits communs

➤ Exemples de structures spécifiquement dédiés

Les deux exemples consistent à la création d'Ehpad spécifiquement dédiés à l'accueil de personnes vieillissantes en situation d'exclusion.

✖ Un Ehpad destiné aux « sans-abris » vieillissant à la Rochelle [25]

Cet Ehpad a été mis en place en septembre 2010 par l'Escale, association spécialisée dans l'insertion et l'hébergement. En 2012, cet Ehpad accueillait 19 personnes. Cette association a développé ce projet suite au constat qu'il manquait « *une porte de sortie pour les personnes âgées* » accueillies au sein des CHRS. Avant la création de cet Ehpad, l'association avait travaillé en lien avec des Ehpad publics "classiques", ce qui a permis « *de placer une à deux personnes par an, et encore il fallait que l'on intervienne en cas de problèmes* ». Il est apparu pour eux le besoin de proposer un établissement dédié avec des moyens adaptés. Cet Ehpad fonctionne notamment avec les principes suivants :

- Il accueille des personnes bénéficiant de l'aide sociale, dépendante (GIR 5) et ayant 60 ans. Des dérogations d'âge sont possibles. En 2012, la moyenne d'âge était de 67 ans donc bien en-dessous de la moyenne d'âge d'un Ehpad traditionnel.
- Le prix de journée de 60 euros est couvert par les dispositifs de minimas sociaux,
- La structure présente un ratio important de professionnels, présents 24h/24h, comparé à un Ehpad "classique"
- Les personnes accueillies présentent toutes des problématiques s'ajoutant à la dépendance (désocialisation, addictions, troubles psychique, syndrome de Korsakoff, etc.).

✖ Un Ehpad géré par le Centre d'Accueil et des Soins Hospitaliers (CASH) de Nanterre

Cet Ehpad a une capacité d'accueil de 248 places. Il est géré par le CASH qui est un établissement public de la Ville de Paris. Il accueille en priorité des personnes seules ou en couple, âgées de plus de 60 ans (des dérogations sont possibles) souffrant d'exclusion ou ayant vécu un parcours d'errance. Il est habilité à accueillir des personnes bénéficiaires de l'APA.

➤ Exemple d'un dispositif favorisant l'intégration des personnes vieillissantes « exclues » dans les dispositifs de droits communs

✖ Mission Interface de la Maison de la Veille sociale 44 à Nantes [26]

La mission Interface, créée en décembre 2008, vise à favoriser l'entrée des personnes de plus de 58 ans, hébergées dans les dispositifs d'urgence ou d'insertion, dans les Ehpad. La création de ce service est issue d'une réflexion menée par un groupe de travail animé par le CCAS de Nantes sur la question des sans-domiciles fixes vieillissants. L'idée est de « *créer une passerelle entre le secteur de l'urgence et de l'insertion d'un côté et celui des personnes âgées de l'autre, pour répondre à la problématique des personnes sans domicile fixe vieillissantes* ».

La mise en place de ce dispositif a nécessité dans un premier temps la mobilisation des Ehpad. Des campagnes de communication et des rencontres ont été organisées auprès des Ehpad habilités à l'aide sociale et des têtes de réseaux (Uriopss, FNADEPA,...). 78 Ehpad participent à ce jour à cette opération.

Le rôle de la Mission Interface est de favoriser l'intégration de personnes sans domicile fixe dans des Ehpad classiques. L'accompagnement est réalisé par un travailleur social dont le poste est financé par la DDCS, il intervient à différents niveaux :

× En amont de l'entrée en Ehpad :

- Il n'y a pas d'accès direct de la rue à un Ehpad, il y a toujours un passage par une structure comme un CHRS, des LHSS. La Mission Interface réalise un accompagnement individualisé de la personne en amont d'une entrée en Ehpad, en lien avec les équipes du CHRS, des LHSS. Cet accompagnement s'appuie sur la définition du projet de vie de la personne. Des visites d'Ehpad sont proposées. Interface assure également la constitution du dossier d'admission, de la demande de financement à l'aide sociale, etc.
- Une préparation et la formation des professionnels de l'Ehpad qui va accueillir la personne.

× Lors de l'entrée en Ehpad et après :

La mission Interface accompagne l'installation de la personne au sein de l'Ehpad et veille à son intégration. Elle garantit une présence réactive en cas de besoin et réalise des visites régulières sur site (plusieurs fois par semaines dans les premiers temps). Elle intervient sur le développement de partenariat autour de la personne (services de psychiatrie, addictologie). Cet accompagnement peut durer de 3 mois à 1 an.

Ce partenariat entre les Ehpad et la mission Interface fait l'objet d'une convention. Les Ehpad renoncent dans ce cadre à l'inscription des personnes sur liste d'attente. Les expériences s'avèrent positives, « *les appréhensions initiales (des professionnels) sont vite tombées* ». En 3 ans, 35 personnes sans-abri vieillissantes ont intégré un Ehpad.

Selon la Mission Interface, « *ces personnes se sont relevées grâce à la mixité. Elles n'ont plus l'étiquette de l'exclusion mais sont des retraités comme tout le monde* ». Sophie Rouay-Lambert, sociologue et urbanisme disait qu' « *atteindre le statut légal de retraité représente, pour certains sans abri un dernier espoir de réinsertion sociale* ».

➤ **Autres exemples**

A titre d'information, d'autres dispositifs existent ou sont en cours de développement :

- × **Ouverture d'une unité de vie pour les personnes ayant vécu à la rue, au sein de l'Ehpad Saint-Jean de Dieu à Marseille depuis 1999.** Cet Ehpad de 264 résidents est divisé en 4 unités de vie dont une, de 34 places, est dédiée « aux anciens SDF ».
- × **Existence de projets d'annexes de CHRS pour personnes vieillissantes**
- × **La Croix rouge française Sud-Est pilote pour 2015 la création d'une maison relais adossée à un Ehpad classique**

Pistes de réflexion...

- 1** Intégrer les questions spécifiques du vieillissement des personnes ayant connu des parcours d'exclusion ainsi que des personnes ayant un handicap psychique dans les outils de programmation des acteurs institutionnels tels que les schémas départementaux personnes âgées, personnes handicapées, dans le schéma régional d'organisation médico-sociale.
- 2** Engager une réflexion avec les acteurs concernés (ARS, Conseils Généraux, MDPH, DRJSCS et DDCS ainsi que les structures gestionnaires) sur le vieillissement de ce public et les réponses possibles à engager. L'objet de cette réflexion est de lever les freins existants en matière d'accès aux droits (accès au dispositif de maintien à domicile, accès à une structure spécialisée).
- 3** Evaluer les besoins des personnes âgées vieillissantes en s'appuyant sur les dispositifs tels que les Clic
- 4** Dans les projets de construction ou de réhabilitation de locaux dédiés à une pension de famille, concevoir des espaces privés mais aussi collectifs prenant en compte cette question de la perte d'autonomie des résidents
- 5** Appui aux professionnels
 - Proposer des formations sur la question du vieillissement ainsi que sur la connaissance des acteurs et des dispositifs existants dans le champ de la prise en charge de la baisse d'autonomie.
 - Permettre la participation des professionnels à des formations sur l'accompagnement de la fin de vie
 - Renforcer le temps d'intervention des professionnels-hôtes dans les structures qui sont particulièrement concernées par le vieillissement du public.
- 6** Développement de poste de coordination-santé au sein des pensions de famille. Ce poste pourrait être mutualisé pour plusieurs structures.
- 7** Développer localement des partenariats organisés avec les structures susceptibles d'intervenir autour des situations individuelles : médecins et infirmiers libéraux, SSIAD, services d'aides à domicile, etc. Il serait également intéressant de prévoir une collaboration avec les réseaux de soins palliatifs en cas de besoin.
- 8** Engager une réflexion sur les collaborations possibles à envisager avec les Ehpad en ciblant en particulier les Ehpad habilités à l'aide sociale.



Conclusion



Conclusion

Dans la continuité de l'étude relative aux usagers des CHRS, celle menée auprès des résidents des pensions de familles a mis en lumière la grande diversité des publics accueillis et des structures qui les accompagnent. La mise en place d'une méthodologie alliant des questionnaires et des entretiens a permis de mettre à jour des axes d'analyse portant sur les profils des personnes accueillies et les accompagnements proposés par les professionnels œuvrant dans ces structures.

Profils des résidents des pensions de famille

En se situant au niveau de l'individu et de son parcours, cette étude a mis en lumière la pluralité des situations et problématiques rencontrées par les personnes logées en pension de famille.

Le profil dominant est d'être hébergé seul. Cet isolement est davantage masculin que féminin. Si les parcours des résidents sont très diversifiés, **l'isolement et la désocialisation** de ces personnes leur sont communs. En ce sens, leur présence en pension de famille constitue une réponse adaptée en proposant un habitat durable de vie semi-collectif, pour répondre à leurs besoins et à leur situation d'isolement ou d'exclusion sociale, qui ne leur permet pas d'intégrer à court terme un logement ordinaire.

Environ **65 % des résidents sont âgés de 45 ans et plus** et l'âge moyen est de 50 ans. Cette caractéristique est centrale dans l'approche du public des pensions de famille. En effet, la question du vieillissement en pension de famille est à considérer différemment du vieillissement de la population générale. Du fait de leurs parcours de vie et de leurs comportements ces personnes vieillissent plus prématurément et les premiers signes de perte d'autonomie apparaissent vers 50-55 ans, nécessitant une prise en charge spécifique. Mais toute la complexité de ces situations prend son sens dans ce cas précis puisque ces usagers sont « trop jeunes » pour pouvoir intégrer les dispositifs d'accompagnement sanitaires et sociaux, comme l'APA par exemple alors qu'en parallèle leurs problématiques correspondent bien aux enjeux de ces prises en charge.

Ce public est également un public précaire, avec des **ressources limitées** : les principales ressources déclarées étant l'Allocation adulte handicapé et le revenu de solidarité active. Une vulnérabilité qui se retrouve également dans les parcours résidentiels et les raisons d'arrivée en pension de famille. En effet, 30 % des résidents ont connu **un parcours institutionnel** avant leur arrivée en pension de famille (CHRS, hébergement d'urgence, résidences sociales, etc). Des **parcours d'errance** (SDF, hébergement précaire, etc.) **et des sorties d'hospitalisation** sont les deux grandes raisons majeures d'arrivée des résidents.

Si la question de la sortie n'est pas au centre de l'accompagnement, du fait de la pérennité du logement proposé, **certaines personnes expriment le souhait de partir de la pension de famille**. Lorsque cela est envisagé, un projet de départ est travaillé avec les professionnels. Ainsi, lorsque cela est possible, les résidents souhaitent majoritairement (60 %) accéder à un logement autonome sans accompagnement social puis rejoindre une structure plus adaptée à leur besoin (établissement pour personnes âgées, personnes handicapées, etc.).

Enfin, notons un aspect particulier de certaines pensions de famille : les résidences accueil. Elles s'adressent aux personnes ayant un handicap psychique, dont l'état de santé est suffisamment stabilisé et le niveau d'autonomie suffisant pour leur permettre de vivre en habitat semi-collectif.

Pratiques professionnelles et accompagnements proposés

L'enquête a permis de réaliser un état des lieux des caractéristiques des pensions de famille de la région Centre et les accompagnements proposés. Accompagnements marqués par la multiplicité des situations au regard de l'histoire des structures, de leur intégration à un réseau ou encore de leur emplacement géographique.

L'analyse croisée des données quantitatives et qualitatives a permis de mettre en évidence les axes d'accompagnement proposés, un certain nombre de limites dans la prise en charge quotidienne des publics, mais surtout des leviers d'action. Ceci est particulièrement vrai pour trois thématiques jugées prioritaires du fait des difficultés d'exercice que représente l'accompagnement quotidien de ces publics :

- × Personnes présentant des problèmes d'addiction
- × Personnes présentant des troubles psychiques et/ou psychologiques
- × Personnes vieillissantes

Selon la circulaire du 10 décembre 2002, texte fondateur des pensions de famille, un professionnel appelé "hôte", « joue un rôle primordial d'animation et de régulation de la vie quotidienne de la maison ». Un des premiers constats de cette étude a été de montrer que leurs rôles auprès des résidents s'avèrent plus complexes.

Cette complexité repose notamment sur **la pluralité des rôles à tenir** auprès des résidents : être dans la bienveillance et favoriser autant que possible le lien et la convivialité, tout en étant garant du cadre et régulateur dans les situations conflictuelles, impliquant d'être souvent confronté à des situations de violence. Une autre difficulté soulevée est celle de devoir **accompagner quotidiennement des personnes ayant des problématiques de santé lourdes et complexes** (troubles psychiques, refus de soins, etc.).

Il apparaît comme important de veiller à **soutenir des professionnels intervenant en pension de famille**, en garantissant des temps d'échanges et d'analyse de pratiques professionnelles afin de rompre l'isolement souvent ressenti par ces derniers. La confrontation aux publics cités ci-dessus met en évidence l'importance de **favoriser la formation continue** pour garantir un niveau de prise en charge adéquat et de **développer au maximum les partenariats** (sanitaire, médico-social mais également culturel), souvent pauvres au niveau local (à l'exception des structures de type résidence accueil où les partenariats, notamment sanitaires, sont beaucoup plus formalisés).

Enfin, ce rapport a également permis de mettre en exergue des initiatives locales, au sein de la région et au-delà, pouvant servir d'appui aux réflexions futures pour adapter les dispositifs aux particularités des publics accueillis.

Perception des résidents sur leur propre situation

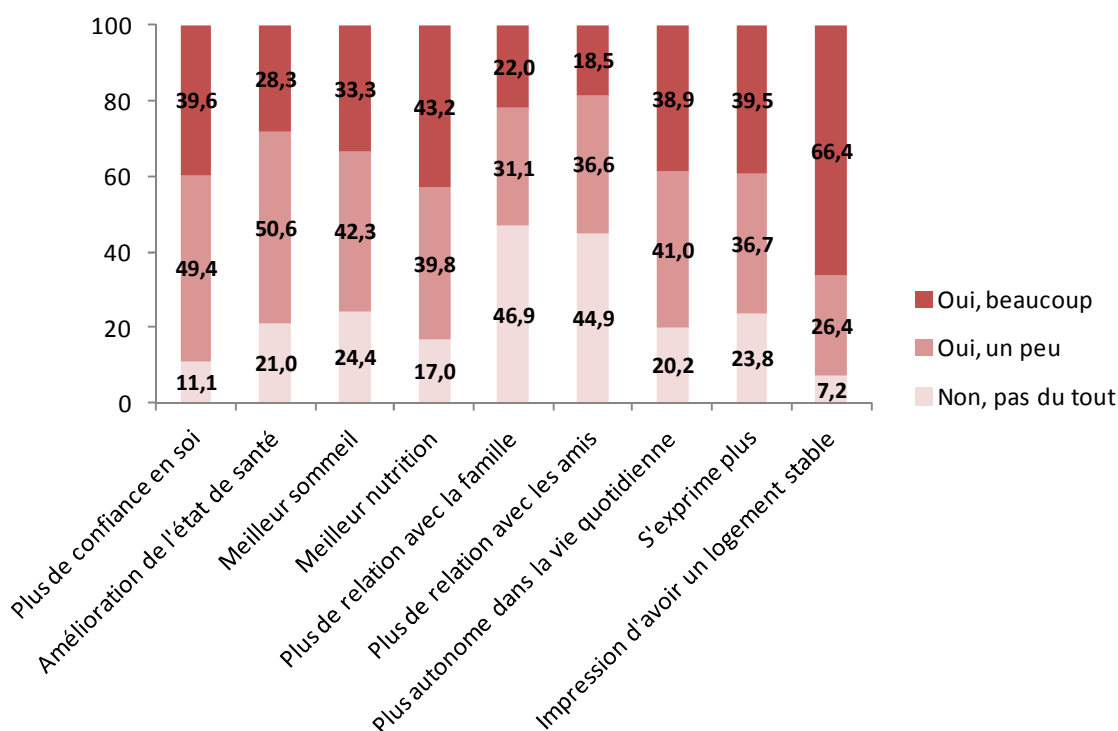
Les résidents avaient la possibilité de faire part de leur perception concernant les améliorations constatées sur différents aspects de leur vie, depuis leur arrivée en pension de famille. Cette enquête avait en effet l'intérêt de partir du point de vue des résidents eux-mêmes. Ainsi, selon eux, l'impression d'avoir trouvé un logement stable est la principale amélioration constatée. C'est ensuite l'amélioration de l'hygiène de vie (meilleure nutrition) qui est exprimée ainsi qu'une confiance et une affirmation de soi qui est mise en avant (graphique 60).

Les résidents avaient également la possibilité d'ajouter d'autres aspects de leur vie pour lesquels ils avaient constaté des évolutions. Le fait d'être plus sociable, de faire des activités et d'avoir des contacts avec les autres résidents se révèlent comme un élément important pour eux (selon leurs propos tirés des questionnaires : « je suis plus heureux avec les activités qu'on fait et les relations créées avec les autres résidents » ; « Activités de loisirs et de vacances, relations avec les autres » ; « Plus autonome pour faire des sorties, plus de contact avec les gens » ; etc.).

Les résidents abordent également l'amélioration de leur santé et/ou de leur problème d'addiction (« Meilleure gestion de la consommation d'alcool » ; « Arrêt addiction à l'alcool et abstinence grâce au soutien du réseau amical/social » ; etc.).

Les notions de sérénité, de bien-être, d'avoir une vie tranquille, de se sentir moins seul(e) et d'être plus en sécurité sont également des propos mis en évidence par les résidents.

60 - Améliorations constatées par les résidents (en %)



Les résultats très riches de cette étude ont permis de dresser une photographie des profils des personnes accueillies en pensions de familles et des accompagnements proposés. L'analyse de ces éléments a donné lieu à un certain nombre de pistes de travail, en termes de freins et de leviers, au regard de ce qui a pu être soulevé par les personnes enquêtées et les entretiens menés. Ces éléments constituent une base de référence pour un travail de réflexion et de concertation à mener par l'ensemble des acteurs concernés par ces problématiques, du commanditaire de cette enquête aux acteurs de terrain.



Bibliographie

Textes législatifs :

- [1] Circulaire DGAS/SDA n°2002/595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais
- [2] Loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale
- [3] Note d'information DGAS/DGUHC/PIA/IUH1/205/189 du 13 avril 2005 relative à la mise en œuvre du programme 2005 des maisons relais-pensions de famille
- [4] Circulaire n°DGAS/DGAL/DGALM/2008/248 du 27 août 2008 relative à la création de maisons relais
- [5] Circulaire n° 2008-5279 du 22 février 2008 relative à la mise en œuvre du grand chantier prioritaire 2008-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri
- [6] Circulaire du 5 mars 2009 pour la relance relative à l'hébergement
- [7] Circulaire N°CABINET/2012/04 du 13 janvier 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle du logement d'abord.
- [8] Dossier de presse - Comité interministériel de Lutte contre l'Exclusion le 12 mai 2006
- [9] Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 – Ministère des Affaires sociale et de la santé
- [10] Direction générale de l'action sociale, Evaluation nationale du dispositif Maisons Relais, avril 2008, Ville et habitat : le rapport final et la synthèse
- [11] Direction générale de la cohésion sociale – Evaluation des expérimentations : « Résidence Accueil » et « Maison Relais, Pension de famille pour personnes vieillissantes », Mars 2010, Equation Management
- [12] « Le bas seuil d'exigence : une solution pour sortir des SDF de la rue ? », Lien social n°1044, janvier 2012
- [13] Fondation de France – « Les solitudes en France », Juin 2013
- [14] Isabelle VANDECASTEELE, Alex LEFEBVRE, « De la fragilisation à la rupture du lien social : approche clinique des impacts psychiques de la précarité et du processus d'exclusion sociale », Cahier de Psychologie Clinique n° 26, 2006, p137 à 162, De Boeck Supérieur
- [15] Fondation de France, « Les solitudes en France », rapport 2012, Juin 2012
- [16] « Souffrances ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social », Ministère de la Santé et des Solidarité, octobre 2005.
- [17] « L'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique : dispositifs et acteurs en région Nord/Pas-de-Calais », Creai NPDC, Pauline TURSI, Janvier 2009
- [18] Ministère chargé de la santé « Plan psychiatrie et Santé mentale 2011-2015 »
- [19] Note d'information DGAS/PIA/PHAN n° 2006-523 du 16 novembre 2006 relative à la mise en place d'un programme expérimental de résidences accueil pour les personnes en situation de précarité ou d'exclusion, ayant un handicap psychique, Direction Générale de l'Action Sociale
- [20] « L'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique » Unafam, CNSA, Unccas, Una, Février 2008
- [21] Igas « La prise en charge du handicap psychique - rapport tome I » aout 2011

[22] Agence régionale de l'hospitalisation du Centre « Le schéma régional d'organisation sanitaire dans la région Centre 2006-2011 »

[23] Agence régionale de santé, « Plan régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis 2012-2016 de la région Centre », Décembre 2011

[24] Article « une maison de retraite pour les sans-abri » - TSA n°26, Octobre 2011, Noëlle GUILLON

[25] Article « Des SDF en maison de retraite » Lien social n°1055 mars 2012, Jacques Trémintin

[26] L'Union professionnelle du logement adapté (Unafo) « Précarité sociale et vieillissement. Accompagner les personnes vulnérables et isolées. Guide de bonnes pratiques », 2010

Liste des sigles

- AAH : allocation adulte handicapé
- Aidaphi : association interdépartementale pour le développement des actions en faveur des personnes handicapées et inadaptées
- AHI : Accueil, hébergement et insertion
- APL : aide personnalisée au logement
- ARS : agence régionale de santé
- ASLD : association d'accueil, de soutien et de lutte contre les détreuses
- ASV : atelier santé-ville
- AVDL : accompagnement vers et dans le logement
- BEP : brevet d'études professionnelles
- BEPC : brevet d'études du premier cycle
- Cada : centre d'accueil de demandeurs d'asile
- CAF : Caisse d'allocations familiales
- CAP : certificat d'aptitude professionnelle
- Carsat : caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
- Cash : Centre d'accueil et des soins hospitaliers
- CCAS : centre communal d'action sociale
- CDD : contrat à durée déterminée
- CDI : contrat à durée indéterminée
- CER : contrat d'engagement réciproque
- CG : conseil général
- CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale
- CHS : centre hospitalier spécialisé
- CIAS : centres intercommunaux d'action sociale
- Clic : comité local d'information et de coordination
- CMP : centre médico-psychologique
- CNE : contrat nouvelle embauche
- CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
- Co.A.T.E.L : comité d'accueil des travailleurs en Eure-et-Loir
- Creai : centre régional pour les enfants, adolescents et adultes inadaptés
- Dalo : droit au logement opposable
- DDCS : direction départementale de la cohésion sociale
- DDCSPP : direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations
- DRJSCS : direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
- Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- EMPP : équipes mobiles de psychiatrie-précarité
- Fam : foyer d'accueil médicalisé
- Finess : fichier national des établissements sanitaires et sociaux
- FNADEPA : fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées
- Fnars : fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale
- FSL : fonds de solidarité pour le logement
- GEM : groupe d'entraide mutuelle
- HAD : hospitalisation à domicile
- HDT : hospitalisations à la demande d'un tiers
- HO : hospitalisations d'office
- Igas : inspection générale des affaires sociales
- LHSS : lit halte soins santé
- Maj : Mesure d'accompagnement judiciaire
- MASP : mesure d'accompagnement social personnalisé
- MDPH : maisons départementales des personnes handicapées
- Mildt : mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
- MJGBF : mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial
- ORS : observatoire régional de la santé
- Praps : plan régional d'accès à la prévention et aux soins
- RSA : revenu de solidarité active
- Samsah : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

- SAO : service d'accueil et d'orientation
- SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale
- SIAO : service intégré d'accueil et d'orientation
- SPIP : service pénitentiaire d'insertion et de probation
- SSIAD : services de soins infirmiers à domicile
- Sros : schémas régionaux d'organisation sanitaire
- SROMS : schémas régionaux d'organisation médico-sociale
- Unafam : Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux
- Uriopss : union régionale interfédérale des organismes privés sanitaires et sociaux

Liste des figures

| | |
|---|----|
| 1 - Calendrier de l'étude | 18 |
| 2 - Liste des pensions de famille ayant participé à l'étude | 22 |
| 3 - Localisation des pensions de famille en région Centre par gestionnaires..... | 27 |
| Une première structure a ouvert ses portes lors de l'expérimentation du dispositif en 1997 mais son développement en région Centre a vraiment pris son essor entre 2007 et 2010, période pendant laquelle 23 structures ont ouvert (pour le rapport de l'historique et des lois relatives à ce dispositif, voir page 14)..... | 28 |
| 4 - Année d'ouverture des structures (en nombre)..... | 28 |
| 5 - Capacité d'accueil des pensions de famille en région Centre au jour de l'enquête (en nb de places)..... | 29 |
| Tous les départements de la région Centre sont dotés de pensions de famille. Par contre, deux départements, le Loiret et l'Indre, sont dépourvus de résidence accueil. | 29 |
| 6 - Capacité d'accueil et places occupées selon le type d'accueil (en nombre) | 29 |
| 7 - Configuration de la pension de famille (en %)..... | 30 |
| 8 - Part des logements équipés d'une kitchenette et d'une salle de bain individuelles (en %) | 30 |
| 9 - Capacité d'accueil des pensions de famille (en %) | 31 |
| 10 - Publics accueillis selon le sexe (en %)..... | 31 |
| 11 - Sexe des hôtes (en %) | 32 |
| 12 - Age des hôtes en classe d'âge (en %) | 32 |
| 13 - Formation des hôtes (en %)..... | 33 |
| 14 - Nombre de personnes occupant la fonction d'hôtes (en %) | 33 |
| 15 - Temps de présence des hôtes auprès des résidents (en %) | 34 |
| 16 - Relais mis en place en dehors du temps de travail de l'équipe (en %)..... | 35 |
| 17 - Missions des hôtes auprès des résidents (en %) | 35 |
| 18 - Détails de la mission d'accompagnement individuel des résidents (en %) | 36 |
| 19 - Temps de coordination entre hôtes et structure (en %) | 38 |
| 20 - Partenariats mis en place au sein des pensions de famille (en %) | 45 |
| 21 - Services extérieurs aux pensions de famille accompagnants les résidents (en %)..... | 46 |
| 22 - Services extérieurs intervenant aux domiciles des résidents (en %)..... | 47 |
| 23 - Espaces communs proposés aux résidents (en %) | 51 |
| 24 - Activités collectives proposées au sein des pensions de famille (en %)..... | 53 |
| 25 - Activités obligatoires pour les résidents (en %)..... | 54 |
| 26 - Modalités d'admission des résidents (en %) | 55 |
| 27 - Rôle des SIAO dans l'orientation et l'admission des résidents (en %)..... | 56 |
| 28 - Motifs de refus de demandes d'accueil les plus fréquents (en %) | 59 |
| 29 - Structure ou personne ayant orienté les résidents dans la pension de famille (en %) | 60 |
| 30 - Part des structures ayant des personnes orientées par défaut (en %) | 61 |
| 31 - Sexe des usagers et type d'accueil (en %) | 69 |
| 32 - Age des résidents en classe d'âge (en %) | 69 |
| 33 - Antériorité de la prise en charge (en %) | 70 |
| 34 - Niveau d'études des résidents (en %) | 70 |
| 35 - Difficultés à lire des résidents (en %)..... | 71 |
| 36 - Difficultés à écrire des résidents (en %) | 71 |
| 37 - Ressources des résidents (en %)..... | 71 |
| 38 - Situation des résidents face à l'emploi (en %)..... | 72 |
| 39 - Type de contrat de travail des résidents (en %) | 72 |
| 40 - Publics accueillis au sein des pensions de famille de la région Centre (en %)..... | 73 |
| 41 - Age selon le type d'accueil proposé (en %) | 75 |
| 42 - Hébergement des résidents le plus récurrent avant l'admission dans la pension de famille (en %) | 77 |
| 43 - Hébergement des résidents le plus récurrent avant l'admission selon le type de structure (en %)..... | 78 |
| 44 - Durée du dernier logement en tant que locataire ou propriétaire (en %) | 78 |

| | |
|--|-----|
| 45 - Raison majeure de la perte du logement (en %) | 79 |
| 46 - Ancienneté de la perte du logement (en %) | 80 |
| 47 - Motif principal lors d'un refus de logement en tant que locataire (en %) | 81 |
| 48 - Raison majeure de l'arrivée dans le logement actuel (en %) | 81 |
| 49 - Part des résidents ayant déclaré envisager partir un jour de la pension de famille (en %) | 85 |
| 50 - Type d'hébergement ou de logement après la sortie de la pension de famille (en %) | 85 |
| 51 - Motif de sortie de la pension de famille (en %)..... | 88 |
| 52 - Orientation des résidents après leur sortie de la pension de famille (en %)..... | 88 |
| 53 - Fréquence des visites (en %) | 95 |
| 54 - Situation familiale des résidents (en %) | 96 |
| 55 - Accompagnant des résidents lors des sorties (en %) | 100 |
| 56 - Actions mises en place pour l'accueil de personnes ayant une addiction reconnue (en %) | 105 |
| 57 - Actions mises en place pour l'accueil de personnes présentant des troubles psychiatriques (en %)..... | 113 |
| 58 - Actions mises en place pour l'accueil de personnes vieillissantes (en %) | 123 |
| 59 - Services extérieurs intervenant aux domiciles des résidents (en %) | 125 |
| 60 - Améliorations constatées par les résidents (en %)..... | 137 |





Annexes

- 1 - Questionnaire à destination des résidents*
- 2 - Questionnaire à destination des structures*
- 3 - Questionnaire à destination des hôtes*
- 4 - Grille d'entretien des hôtes*



Annexe 1 - Questionnaire à destination des usagers

 **En cas de refus d'un résident, merci d'apporter des réponses aux questions 1, 2, 3, 4, 5 ainsi que la raison du refus (en fin de questionnaire dans la zone de texte).**

I. Situation personnelle et familiale

1. Vous êtes : un homme une femme
2. Quelle est votre date de naissance ? [____/____] Ne sait pas
Mois année
3. Quelle est votre date d'entrée dans la structure ? [____/____] Ne sait pas
Mois année
4. Quelle est votre situation familiale ? (Une seule réponse possible)
- Célibataire
 - Marié(e)/pacsé(e)
 - En couple (non marié(e)/non pacsé(e))
 - Divorcé(e), séparé(e)
 - Veuf(ve)
 - Ne sait pas
5. Avez-vous des enfants de moins de 18 ans ?
- Non
- Oui, combien en avez-vous ? _____
- Ne sait pas
6. Au sein de la structure, vous êtes hébergé(e)(Une seule réponse possible)
- Seul(e)
- Seul (e), avec enfant(s)
- ⇒ Si oui, combien de vos enfants sont hébergés avec vous ? _____
- En couple, sans enfant
- En couple, avec enfant(s)
- ⇒ Si oui, combien de vos enfants sont hébergés avec vous ? _____
- Avec vos parents ou l'un de vos parents



Cadre réservé à la
personne réalisant la passation

Si la personne est accueillie en

II. Formation et situation professionnelle

7. Jusqu'où êtes-vous allé(e) dans vos études ? (Une seule réponse possible)
- N'est jamais allé(e) à l'école
 - Fin d'études primaires
 - Brevet des collèges/BEPC ou niveau Brevet des collèges/BEPC
 - CAP/BEP ou niveau CAP/BEP
 - Baccalauréat ou niveau baccalauréat
 - Enseignement supérieur
 - Ne sait pas

8. Dans votre vie quotidienne, avez-vous des difficultés à lire la langue française, comme par exemple lire un livre ou un magazine ? (Une seule réponse possible)

- Je n'ai aucune difficulté à lire
- J'ai parfois un peu de mal à déchiffrer ce que je lis
- Je ne sais pas du tout lire
- Ne sait pas*

9. Dans votre vie quotidienne, avez-vous des difficultés à écrire en français, comme par exemple écrire un courrier à quelqu'un ? (Une seule réponse possible)

- Je n'ai aucune difficulté à écrire
- J'ai parfois un peu de mal à écrire
- Je ne sais pas du tout écrire
- Ne sait pas*

10. Au jour de l'enquête, quelle est votre situation par rapport à l'emploi ? (Une seule réponse possible)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vous avez une activité professionnelle * | <input type="checkbox"/> Vous êtes retraité(e) |
| <input type="checkbox"/> Vous êtes sans emploi, <u>inscrit</u> à Pôle Emploi | <input type="checkbox"/> Vous êtes étudiant(e)/lycéen(e), <u>sans</u> activité Professionnelle * |
| <input type="checkbox"/> Vous êtes sans emploi, <u>non inscrit</u> à Pôle Emploi | <input type="checkbox"/> Vous êtes étudiant(e)/lycéen(e), <u>avec</u> activité Professionnelle * |
| <input type="checkbox"/> Vous êtes en congé longue maladie * | |
| <input type="checkbox"/> Vous êtes en invalidité | |
| <input type="checkbox"/> Vous êtes en congé parental * | <input type="checkbox"/> Autre *, préciser : _____ |

➡ **Si vous avez répondu à un item avec * : répondre à la question 11, sinon passez directement à la question 12.**

*** 11. Si vous avez une activité professionnelle, quel type de contrat de travail avez-vous ? (Une seule réponse possible)**

- CDI / Fonctionnaire / Contrat nouvelle embauche (CNE)
- CDD
- Intérim ou travail temporaire
- Travail saisonnier
- Travail d'insertion
- Emploi aidé
- Emploi protégé
- Stage/ Formation
- Autre, préciser : _____

III. Ressources

12. Quelle est la nature de vos ressources ? (Plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Revenus d'activités | <input type="checkbox"/> Allocation Adulte Handicapé (AAH) |
| <input type="checkbox"/> Allocation chômage (Assedic) | <input type="checkbox"/> Pension/complémentaire retraite |
| <input type="checkbox"/> RSA activité | <input type="checkbox"/> Pension d'invalidité |
| <input type="checkbox"/> RSA socle | <input type="checkbox"/> Pension(s) alimentaire(s) |
| <input type="checkbox"/> Prestations familiales | <input type="checkbox"/> Sans ressources |
| <input type="checkbox"/> Indemnités journalières | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Minimum vieillesse | |

13. Avez-vous un dossier de surendettement en cours ? Oui Non *Ne sait pas*

IV. Santé et accompagnement social

14. Avez-vous un ou des problème(s) de santé ?

- Oui
 Non
 Ne sait pas

Si oui, êtes-vous suivi(e) par un ou des professionnel(s) de santé pour au moins un de ces problèmes ?

- Oui
 Non
 Ne sait pas

15. Bénéficiez-vous d'une mesure de protection ? (Une seule réponse possible)

- Oui
 Non
 Ne sait pas

Si oui, laquelle ?

(Une seule réponse possible)

- Sauvegarde de justice
 Curatelle
 Tutelle
 Mesure d'accompagnement judiciaire (MAJ)
 Mesure d'accompagnement social personnalisée (MASP)
 Mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial (MJGBF)
 Autre, précisez : _____

16. Pour vous aider dans vos démarches, êtes-vous accompagné(e) par un travailleur social à l'extérieur de la pension de famille/maison relais (service social du conseil général, d'un hôpital, SPIP, centre communal d'action sociale, etc.) ?

- Oui
 Non
 Ne sait pas

Si oui, le(s)quel(s) ?

(Plusieurs réponses possibles)

- Service social de la mairie (CCAS, CIAS) ou du Conseil général
 SPIP
 Service social de l'hôpital ou d'une structure de soins
 Autre, précisez : _____

17. Est-ce que des services interviennent régulièrement à votre domicile ?

- Oui
 Non
 Ne sait pas

Si oui, le(s)quel(s) ?

(Plusieurs réponses possibles)

- Aide ménagère / Aide à domicile
 Auxiliaire de vie à domicile
 SIAD (service infirmier à domicile)
 Médecin traitant
 Autre, précisez : _____

V. Relations avec les autres

18. Voyez-vous des membres de votre famille ou des amis (au sein ou en dehors de la pension de famille/maison relais) ?

- Oui
 Non

Si oui, en moyenne, à quelle fréquence les voyez-vous ?

(Plusieurs réponses possibles)

- Plusieurs fois par mois
 Une fois par mois
 Plusieurs fois dans l'année (mais moins d'une fois par mois)
 Une fois dans l'année
 Moins d'une fois par an
 Ne sait pas

19. Participez-vous aux activités collectives (non obligatoires) proposées par la pension de famille/maison relais ? (Une seule réponse possible)

- Oui, souvent
 Oui, de temps en temps
 Non, jamais

20. En dehors de la pension de famille/maison relais, participez-vous à des activités (activités de loisirs, sportives etc.) de votre quartier ou de votre ville ? (Une seule réponse possible)

- Oui, souvent
- Oui, de temps en temps
- Non, jamais

Si oui, dans la plupart des cas, êtes-vous accompagné(e) par une personne de la pension de famille / maison relais (professionnel ou résident) ? →
(Une seule réponse possible)

- Je suis accompagné(e) d'un professionnel de la pension de famille / maison relais
- Je suis accompagné(e) d'un ou de plusieurs résidents de la pension de famille / maison relais
- J'y vais seul(e)

VI. Situation avant l'admission dans la structure

21. Par qui avez-vous été orienté(e) dans cette structure? (Une seule réponse possible)

- Vous même
- Amis, connaissance
- 115
- SIAO
- Service social du conseil général
- Centre Communal d'Action Sociale (CCAS)
- Mission locale
- CHRS
- Autre pension de famille/maison relais
- Hôpital ou autre établissement de santé
- Prison / SPIP
- Autre, préciser : _____

22. Pour quelle raison majeure êtes-vous arrivé(e) dans cette structure ? (Une seule réponse possible)

- Rupture conjugale
- Violences conjugales
- Rupture d'hébergement familial
- Rupture d'hébergement amical
- Fin du contrat de location/bail
- Impayés de loyers
- Sans domicile fixe, hébergement précaire (squat, ...)
- Sortie d'hospitalisation
- Sortie de prison
- Sortie d'autres institutions (préciser) : _____
- Autre, préciser : _____

23. Où étiez-vous hébergé(e) ou logé(e) avant votre prise en charge dans la pension de famille/maison relais ?

(Une seule réponse possible)

- Logement en tant que locataire ou propriétaire
- Logement adapté
- Hébergé(e) par la famille
- Hébergé(e) par des amis
- Hébergement d'urgence
- Stabilisation
- Autre pension de famille/maison relais
- Résidence sociale
- CHRS
- Hôtel meublé
- Etablissement de soins psychiatriques
- Etablissement de soins autre
- Prison
- Squat / Habitation de fortune (caravane, tente, etc.)
- Sans hébergement
- Autre (préciser) : _____

24. Dans quel département se trouvait ce dernier hébergement ou logement ? (Une seule réponse possible)

- Cher (18)
- Eure-et-Loir (28)
- Indre (36)
- Indre-et-Loire (37)
- Loir-et-Cher (41)
- Loiret (45)
- Département hors région Centre
- Ne sait pas

VII. Situation par rapport au logement

25. Avez-vous déjà bénéficié d'une mesure d'accompagnement social au logement (AVDL, intermédiation locative, accompagnement social lié au logement (ASL), etc.) ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

26. Avez-vous déjà eu un logement en tant que locataire ou propriétaire ?

- Oui ⇒ Si oui, était-ce avec un accompagnement social ? Oui Non Ne sait pas
- Non
- Ne sait pas

⇒ Si vous avez répondu "Oui" à la question 26, répondre aux 3 questions suivantes, sinon passez directement à la question 30.

27. Pour votre dernier logement en tant que locataire/propriétaire, combien de temps y êtes-vous resté(e) ? *(Une seule réponse possible)*

- Moins d'un mois
- De 1 mois à moins de 6 mois
- De 6 mois à moins d'1 an
- De 1 an à moins de 2 ans
- De 2 ans et plus
- Ne sait pas

28. Depuis combien de temps n'êtes-vous plus dans ce logement ? *(Une seule réponse possible)*

- Moins d'un mois
- De 1 mois à moins de 6 mois
- De 6 mois à moins d'1 an
- De 1 an à moins de 2 ans
- De 2 ans et plus
- Ne sait pas

29. Pour quelle raison majeure n'êtes-vous plus dans ce logement ? *(Une seule réponse possible)*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Perte d'emploi | <input type="checkbox"/> Logement insalubre |
| <input type="checkbox"/> Fin du contrat de location/bail | <input type="checkbox"/> Non renouvellement titre de séjour |
| <input type="checkbox"/> Impayés de loyers | <input type="checkbox"/> Hospitalisation |
| <input type="checkbox"/> Endettement | <input type="checkbox"/> Incarcération |
| <input type="checkbox"/> Rupture conjugale | <input type="checkbox"/> Expulsion |
| <input type="checkbox"/> Violences conjugales | <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ |
| <input type="checkbox"/> Surpeuplement dans le logement | |

30. Vous a-t-on déjà refusé un logement en tant que locataire ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Si oui,
quel était le motif principal
du dernier refus (s'il y en a
eu plusieurs) ? ⇒

(Une seule réponse possible)

- Absence de logement disponible dans le parc social
- Absence de logement disponible dans le parc privé
- Absence de logements adaptés à la configuration familiale
- Ressources insuffisantes
- Pas de garant
- Antécédents (problème de voisinage, ...)
- Dettes de loyers
- Indus Caf
- Animaux non acceptés
- Aucune raison donnée
- Autre, préciser : _____

VIII. Situation actuelle et avenir

31. Depuis votre arrivée dans la pension de famille/maison relais, votre situation personnelle s'est-elle améliorée par rapport aux situations suivantes ? (Cocher une réponse par ligne)

| | Non, pas du tout | Oui, un peu | Oui, beaucoup | Ne sait pas |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Vous avez plus confiance en vous. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre état de santé s'est amélioré. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous dormez mieux. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous mangez mieux. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous avez plus de relations avec votre famille. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous avez plus de relations avec vos amis. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous êtes plus autonome dans votre vie quotidienne (pour vous déplacer, faire des démarches etc.). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous dites plus facilement ce que vous pensez, ce dont vous avez envie, etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous avez l'impression d'avoir trouvé un logement stable | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

32. Depuis votre arrivée dans la pension de famille/maison relais, avez-vous constaté d'autre(s) amélioration(s) dans votre situation personnelle ?

- Oui
 Non

⇒ Si oui, sur quelle partie de votre vie ?

33. Avez-vous le projet de quitter prochainement (moins de 6 mois) la pension de famille/maison relais ?

- Oui
 Non
 Ne sait pas

⇒ Si oui, vers quel type d'hébergement ou de logement ?

(Une seule réponse possible)

- Logement en tant que locataire ou propriétaire sans accompagnement social
 Logement adapté (intermédiation locative, sous location)
 Autre pension de famille/maison relais
 Logement foyer pour personnes âgées, maison de retraite, Ehpad
 Etablissement pour personnes handicapées
 Famille
 Etablissement de soins
 Autre, préciser : _____

34. Envisagez-vous de partir un jour de la pension de famille/maison relais pour aller vivre dans un autre endroit ?

- Oui
 Non
 Ne sait pas

Le questionnaire est terminé. Nous vous remercions pour votre participation.

Si vous avez des remarques ou des informations complémentaires, vous pouvez les indiquer ci-dessous :

Annexe 2 - Questionnaire à destination des structures

1. Code postal de la structure : |_|_|_|_|_|_| 2. Nom de la commune (en toutes lettres) : _____

3. Date d'ouverture de la structure : [_____/_____]
 Mois année

4. Capacité d'accueil (places financées au jour de l'enquête) : |_|_|_|

5. Nombre de personnes accueillies le jour de l'enquête : |_|_|_|

I. Organisation de la structure

6. Quel type de maison relais / pension de famille gérez-vous ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Maison relais / Pension de famille classique
- Résidence d'accueil
- Maison relais / Pension de famille pour « personnes vieillissantes »
- Autre, préciser : _____

7. Au sein de la structure, combien de professionnels occupent la fonction d'hôte ? (*Une seule réponse possible*)

- Une seule personne
- Deux personnes
- Trois personnes et plus

8. Quels sont les temps de présence des hôtes auprès des résidents au sein de la structure ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Présence tous les jours du lundi au vendredi : présence en journée entière
- Présence tous les jours du lundi au vendredi : présence en demi-journée
- Présence en soirée la semaine (après 20H)
- Présence le WE
- Présence la nuit
- Autre (préciser) : _____

9. Quelle organisation est mise en place en terme de coordination entre les hôtes et la structure ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Réunions d'équipe régulières
- Points réguliers avec le responsable de la structure
- Réunions d'analyse de la pratique
- Autre (préciser) : _____

10. Avez-vous du personnel mutualisé avec d'autres établissements ou services gérés par le même organisme ?

- Oui
- Non

Si oui, pour
quelle(s)
fonction(s) ?



Plusieurs réponses
possibles

- Directeur
- Chef de service
- Educateur spécialisé
- Conseiller en économie sociale et familiale
- Technicien de l'intervention sociale et familiale
- Maître de maison
- Aide médico-psychologique
- Assistant de service social
- Moniteur éducateur
- animateur
- Hôte d'accueil
- Veilleur de nuit
- Autre (préciser) : _____

11. En dehors des temps de présence de l'équipe (par exemple nuit, week-end, etc.), en cas de problème, quel type de relais mettez-vous en place ? (Plusieurs réponses possibles)

- Personnel d'astreinte
- Veilleur de nuit
- Autre (préciser) : _____

12. Quelle est la configuration de votre maison relais / pension de famille ? (Une seule réponse possible)

- Les logements sont regroupés sur un site spécifiquement dédié à la maison relais/pension de famille
- Les logements sont regroupés sur un même site mais non spécifiquement dédié à la maison relais / pension de famille (exemple de logements distincts dans un immeuble HLM, etc.)
- Les logements sont éclatés sur plusieurs sites
- Autre (préciser) : _____

13. Les logements individuels sont-ils équipés d'une kitchenette et d'une salle de bain individuelles ? (Une seule réponse possible)

- Oui, tous
- Oui, presque tous
- Non aucun

14. Dans votre structure, quels lieux/espaces communs sont proposés aux résidents ? (Plusieurs réponses possibles)

- Salle d'activités/ salle d'animation
- Salle à manger
- Salle TV
- Cuisine
- Jardin
- Buanderie
- Autre (préciser) : _____

15. Les résidents peuvent-ils accueillir dans leur logement des personnes de leur entourage pour y séjourner quelques jours (enfants, famille, amis, concubin) ?

- Oui
- Non

II. Public(s) accompagné(s)

16. Accueillez-vous : (Une seule réponse possible)

- Uniquement des hommes
- Uniquement des femmes
- Les deux

17. Quel est l'âge du public accueilli dans votre structure ? (Plusieurs réponses possibles)

- Personnes de moins de 25 ans
- Personnes de 25 à 44 ans
- Personnes de 45 à 64 ans
- Personnes de 65 ans et plus

18. Quel(s) public(s) est/sont accueilli(s) dans votre structure ? (Plusieurs réponses possibles)

- Personnes seules
- Personnes en couple
- Personnes avec enfant(s)
- Personnes avec handicap physique
- Personnes avec handicap mental
- Personnes avec troubles psychiatriques* ➡ **Si vous avez coché cette case, répondez aux questions 19.**
- Personnes vieillissantes* ➡ **Si vous avez coché cette case, répondez aux questions 20.**
- Personnes avec une addiction reconnue* ➡ **Si vous avez coché cette case, répondez aux questions 21.**
- Personnes accompagnées d'animaux
- Autre, préciser : _____

➡ **Si vous n'avez coché aucune réponse avec le symbole *, passez directement à la question 22.**

19. a. Concernant l'accueil des personnes présentant des troubles psychiatriques au sein de votre structure, avez-vous mis en place des actions spécifiques pour faire face à cette situation ? (Plusieurs réponses possibles)

- Aucune pour l'instant
- Formation auprès des professionnels
- Partenariat spécifique pour l'accès aux soins (secteur de psychiatrie, clinique privée, accueil de jour, SAVS,...)
- Partenariat spécifique pour l'accès aux loisirs (GEM,...)
- Autre (préciser) : _____

19. b. Quel(s) type(s) de difficultés rencontrez-vous face à ces personnes souffrant de troubles psychiatriques ?

Préciser : _____

20. a. Concernant l'accueil des personnes vieillissantes au sein de votre structure, avez-vous mis en place des actions spécifiques pour faire face à cette situation ? (Plusieurs réponses possibles)

- Aucune pour l'instant
- Formation auprès des professionnels
- Partenariat spécifique (aide à domicile, médecin, infirmier, ...)
- Adaptation des locaux
- Autre (préciser) : _____

20. b. Quel(s) type(s) de difficultés rencontrez-vous face à ces personnes vieillissantes ?

Préciser : _____

21. a. Concernant l'accueil des personnes présentant une addiction reconnue, au sein de votre structure avez-vous mis en place des actions spécifiques pour faire face à cette situation ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Aucune pour l'instant
- Formation auprès des professionnels
- Partenariat spécifique (associations spécialisées, professionnels médicaux,...)
- Mise en place d'actions collectives
- Autre (préciser) : _____

21. b. Quel(s) type(s) de difficultés rencontrez-vous face à ces personnes présentant une addiction reconnue ?

Préciser : _____

III. Admissions dans la structure et délai d'attente

22. Quelles sont les modalités d'admission des résidents ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Commission d'admission/ commission d'attribution avec des partenaires extérieurs
- Commission d'admission/ commission d'attribution interne à la structure
- Admission directe
- Autre (préciser) : _____

23. Quel est le rôle du SIAO dans l'orientation et les admissions des résidents au sein de votre structure ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Aucun
- Le SIAO oriente des personnes vers votre structure
- Le SIAO participe aux commissions d'attribution de votre structure
- Le SIAO valide avec votre structure les personnes admises

24. En 2012, avez-vous été contraint de refuser des demandes d'accueil ?

- Oui
- Non
- Non concerné, ouverture en 2013

➡ **Si vous avez répondu "Oui" à la question 24, répondre aux 2 questions suivantes, sinon passez directement à la question 27.**

25. Si oui, combien de demandes ? | _____ |

26. Quels sont les motifs de refus les plus fréquents ? (*Jusqu'à 3 réponses possibles*)

- Absence de places disponibles
- Difficultés d'addictions
- Difficultés d'ordre psychiatrique
- Handicap physique
- Handicap mental
- Défaut d'autonomie de la personne
- Absence de places adaptées en raison de la configuration familiale
- Maintenir l'équilibre du groupe des résidents présents
- Présence d'animaux
- Autre (préciser) : _____
- Autre (préciser) : _____

27. Avez-vous des personnes orientées par défaut ?

- Oui
- Non

➔ Si oui, pour quels motifs ? _____

28. Disposez-vous d'une liste d'attente ?

- Oui
- Non

➔ Si vous avez répondu "Oui" à la question 28, répondre aux 2 questions suivantes, sinon passez directement à la question 31.

29. Si oui, au jour de l'enquête, combien de personnes y sont inscrites ? _____

30. Au jour de l'enquête, quel est le délai moyen d'attente (en nombre de jour(s)) pour être accueilli ? _____

III. Activités proposées et partenariats

31. Quelle(s) activité(s) collective(s) proposez-vous au sein de la structure ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Réunions d'informations sur l'accès aux droits, l'insertion professionnelle, l'aide à la recherche d'un logement
- Actions de santé, prévention
- Sorties culturelles, de loisirs
- Repas collectifs
- Activités de loisirs organisées sur site
- Sorties organisées avec d'autres structures ESMS
- Autre, préciser : _____

32. La participation des résidents à certaines tâches ou activités de la vie quotidienne de la structure est-elle obligatoire ?

- Oui
- Non

Si oui, dans quel(s) cas ?



Plusieurs réponses possibles

- Préparation du repas
- Prise de repas en commun
- Entretien des espaces communs
- Autre (préciser) : _____

33. Des partenariats ont-ils été mis en place entre la pension de famille/maison relais et des structures extérieures (activités, soins, etc.) ?

- Oui
- Non

Si oui, avec quel(s) partenaire(s) ?



Plusieurs réponses possibles

- Hôpital (hors psychiatrie)
- Service de psychiatrie
- Médecin de ville
- Service d'aide à domicile
- Association de loisirs
- Service de prévention
- Service de tutelle
- SPIP
- Autre (préciser) : _____

34. D'autres partenariats seraient-ils nécessaires pour l'accompagnement des résidents ?

- Oui
- Non

Si oui, préciser lesquels : _____

III. Orientation des résidents et accès au logement

35. Au cours des trois dernières années (ou depuis votre ouverture), des résidents ont-ils quitté la structure (dont décès) ?

- Oui
- Non

➔ Si vous avez répondu "Oui" à la question 35, répondre aux 3 questions suivantes, sinon le questionnaire se termine ici.

36. Combien de personnes ont quitté la structure depuis 3 ans (ou depuis votre ouverture) ? _____

37. Quels sont les motifs de sortie ? (*Préciser le nombre de personnes concernées*)

- Départ volontaire de la personne _____
- Impayés de loyer _____
- Comportement inadapté à la vie de la structure _____
- Changement de la configuration familiale (mise en couple, arrivée d'un enfant) _____
- Le fonctionnement de la structure ne correspondait plus aux attentes de la personne _____
- Reprise d'une activité professionnelle _____
- Problèmes de santé _____
- Décès _____
- Autre (préciser) : _____
- Autre (préciser) : _____

38. Vers quel logement/hébergement ont été orientées ces personnes ? (*Préciser le nombre de personnes concernées*)

- Logement ordinaire _____
- Logement adapté (intermédiation locative, AVDL) _____
- Hébergement d'insertion - urgence
- Etablissement de soins psychiatriques /appartements thérapeutiques _____
- Logement foyer pour personnes âgées, maison de retraite, Ehpad _____
- Etablissement pour personnes handicapées _____
- Autre pension de famille/maison relais _____
- Autre (préciser) : _____

Le questionnaire est terminé. Nous vous remercions pour votre participation.

Si vous avez des remarques ou des informations complémentaires, vous pouvez les indiquer ci-dessous :

Annexe 3 - Questionnaire à destination des hôtes



Sont considérés comme hôtes et doivent donc renseigner ce questionnaire, les professionnels qui assurent un rôle d'animation et de régulation de la vie quotidienne au sein de la pension de famille / maison relais.

I. Caractéristiques socio-professionnelles

1. Vous êtes : Un homme Une femme

2. Quelle est votre date de naissance ? [____/____]
Mois année

3. Quelle est votre date d'arrivée au sein de la structure : [____/____]
Mois année

4. Quelle est votre fonction au sein de la structure ? (écrire en toutes lettres) : _____

5. Quelle est votre formation ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Educateur spécialisé | <input type="checkbox"/> Aide médico-psychologique |
| <input type="checkbox"/> Moniteur éducateur | <input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie sociale/ ASH |
| <input type="checkbox"/> Assistant de service social | <input type="checkbox"/> Maître de maison |
| <input type="checkbox"/> animateur | <input type="checkbox"/> Aucune |
| <input type="checkbox"/> Conseiller en économie sociale et familiale | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Technicien de l'intervention sociale et familiale | |

6. Avez-vous bénéficié d'une formation complémentaire pour exercer votre mission au sein de la pension de famille/maison relais ?

- | | | |
|------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oui | Si oui, laquelle ? <i>Plusieurs réponses possibles</i> → | <input type="checkbox"/> animateur |
| <input type="checkbox"/> Non | | <input type="checkbox"/> Maître de maison |
| | | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ |

7. Actuellement, quel est votre temps de travail ? |_|_|, |_|_| ETP

II. Missions au sein de la structure

8. Quelles sont vos principales missions au sein de la structure ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Accompagnement individuel des résidents
 - Aides aux démarches administratives
 - Ecoute/orientation
 - Lien/ coordination avec les partenaires sociaux
 - Aide aux actes de la vie quotidienne
 - Aide à la gestion du budget
 - Accompagnement aux soins, aux rendez-vous médicaux
 - Aide à la recherche d'un logement de droit commun
 - Aide à l'insertion professionnelle
 - Accompagnement vers des activités de loisirs
 - Autre (préciser) : _____
- Garant du respect du règlement intérieur
- Animation et gestion d'activités collectives
- Gestion locative de la pension de famille/maison relais
- Organiser/maintenir les partenariats locaux
- Autre (préciser) : _____

9. Depuis votre arrivée dans la structure, avez-vous constaté des évolutions de vos missions dans l'accompagnement mené auprès des résidents ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles ? _____

10. Dans l'exercice de votre mission, rencontrez-vous des difficultés face à certains comportements ou problématiques de résidents ?

- Oui
- Non

**Si oui,
laquelle/lesquelles ?**



*Plusieurs réponses
possibles*

- Problématique alcoolique
- Problématique addictive (autre que l'alcool)
- Troubles du comportement, troubles psychiatriques
- Violences
- Vieillesse
- Autre problématique de santé (préciser) : _____
- Autre (préciser) : _____

11. Face à ces difficultés avec les résidents, avez-vous mis en place des actions spécifiques dans votre structure ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles ? _____

12. Face à ces difficultés avec les résidents, quelles autres actions spécifiques devraient être mises en place dans votre structure ?

Le questionnaire est terminé. Nous vous remercions pour votre participation.

Si vous avez des remarques ou des informations complémentaires, vous pouvez les indiquer ci-dessous :

Annexe 4 - Grille d'entretien à destination des hôtes

| Grands critères | Les critères / questions posées dans les entretiens |
|--|---|
| <p>Présentation générale de la structure (contexte)</p> | <p>Type de pension de famille Date d'ouverture de la structure Nb de personnes accueillies / nb de places</p> <p>Le type d'habitat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - type de logement (chambre, T1,...) et équipement - les espaces collectifs <p>L'équipe :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La composition de l'équipe - Hôte : Nb de personnes - Nb ETP – qualification - répartition du temps de travail sur la semaine - En tant qu'hôte, comment décririez-vous votre fonction, vos missions ? |
| <p>L'accompagnement des personnes (individuel et dans le collectif)</p> | <p>En tant qu'hôte, quel accompagnement assurez-vous auprès des résidents ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Au niveau individuel</u> >> Quels sont les principaux axes d'accompagnement ? >> Quels sont les atouts et limites-difficultés de cet accompagnement ? >> Quels liens avez-vous avec les professionnels extérieurs accompagnants les résidents (services sociaux, mandataires,...) ? - <u>Au niveau collectif</u> >> Quelles sont les actions mises en œuvre ? >> Comment les usagers s'impliquent-ils dans ces activités/temps collectifs? (proportion de personnes participantes, choix des activités, participation obligatoire,...) >> Quels sont les intérêts et limites de ces activités-temps collectifs pour les résidents ? >> Quels liens entretenez-vous avec l'environnement de proximité de la maison-relais ? (mairie, voisinage, associations, professionnels,...) <p>Le partenariat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous tissé des partenariats particuliers depuis l'ouverture de la structure ? Si oui : lesquels et pour quelles raisons ? - D'autres partenariats seraient-ils nécessaires ? Si oui, lesquels ? |
| <p>Les publics accueillis – informations générales</p> | <p>Les profils des publics accueillis actuellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les profils des personnes accueillies actuellement dans votre structure ? - Le profil du public a-t-il évolué depuis l'ouverture de la structure ? Si oui, sur quels aspects et pourquoi ? - Observez-vous un décalage entre le public accueilli actuellement et le public ciblé au départ par votre structure ? Si oui, sur quels critères ? pourquoi ? <p>Les facteurs influençant le profil du public accueilli : Quels sont les critères d'admission ?</p> <p>Recherchez-vous une mixité du public accueilli ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si oui, pourquoi ? Sur quels critères se fondent la mixité ? • Si non, pourquoi ? |

| | |
|---|---|
| | <p>Faites-vous un lien entre le profil du public accueilli dans votre structure et :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les particularités, besoins de votre territoire ? (ex : défaut de places en CHRS, nombreux jeunes en errance, etc). - Les caractéristiques de la pension de famille (situation géographique, modalités de vie collective, équipement des logements,...) |
| Les problématiques des résidents | <p>Les problématiques observées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les principales problématiques des résidents ? (notamment vieillissement, problèmes psychiatriques, addictions) - Aviez-vous anticipé la prise en compte de ces problématiques dans le projet social de votre structure ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ? <p>Les difficultés des professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En tant que professionnel, rencontrez-vous des difficultés dans la gestion de ces problématiques ? Lesquelles ? <p>Les actions mises en œuvre ou nécessaires pour la prise en compte de ces problématiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les actions mises en œuvre pour prendre en compte ces problématiques (pour les résidents et/ou pour les professionnels)? Quels sont les atouts et limites de ces actions ? - Quelles sont les actions en cours de réflexion ou dont vous auriez besoin ? |
| Le parcours des résidents dans le logement (avant, les raisons de leur arrivée) | <p>Parcours antérieur à la pension de famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les principales caractéristiques du parcours dans le logement – hébergement des personnes accueillies dans votre structure ? <p>Leur arrivée dans la pension de famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les principaux motifs d'arrivée des personnes dans la pension de famille ? - Pourquoi les personnes ont-elles été orientées vers une pension de famille et non pas vers un logement autonome ou une autre structure d'hébergement ? <p>L'après pension de famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Y-a-t-il eu des sorties et/ou des sorties sont-elles envisagées? - Si oui, vers quels dispositifs ? Pour quels motifs ? - Quels sont les leviers et les freins à la sortie des résidents vers d'autres dispositifs? |
| L'impact de la pension de famille sur le public + sortie du dispositif | <p>Quelles sont les évolutions que vous observez chez les résidents depuis leur arrivée à la pension de famille ? (<i>autonomie, santé, socialisation, stabilité, confiance en soi,...</i>)</p> <p>De manière générale et selon vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les intérêts – atouts des pensions de famille ? - Quelles sont les limites, les difficultés des pensions de famille ? |
| Divers | <p>Y a-t-il un thème que nous n'avons pas abordé et que vous souhaiteriez plus particulièrement développer ?</p> |