

# LES PENSIONS DE FAMILLE

## PROFILS DES RÉSIDENTS ET ENJEUX DE L'ACCOMPAGNEMENT



### CONTEXTE & OBJECTIFS

#### MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

Une enquête « un jour donné » a été réalisée en juin 2013. Une approche par questionnaires (à destination des résidents, des professionnels « hôtes » et des structures) et par entretiens auprès des professionnels a été mise en place.

La totalité des établissements concernés a participé, soit 30 questionnaires « structure », 349 « résidents » et 49 « hôtes ». 25 entretiens semi-directifs ont été réalisés.

*L'appellation en vigueur dans les derniers textes législatifs est utilisée dans ce document. Lorsque le terme « pension de famille » est utilisé, il fait référence à toutes les structures. Lorsque le terme « pension de famille classique » est utilisé, il concerne toutes les structures hormis les résidences accueil.*

La Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale du Centre (DRJSCS) souhaitait disposer d'une vision régionale et complète des personnes accueillies en pension de famille. Cette étude a pour objectifs de mieux connaître leurs caractéristiques, d'appréhender leurs problématiques et leurs besoins et d'avoir une meilleure perception de l'accompagnement proposé ●

#### Publics accueillis en pensions de famille

Ces structures 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 » [Circulaire DGAS/SDA n°2002/595 du 10 décembre 2002]. Certaines pensions de famille appelées « résidences accueil » proposent un accueil spécifique, celui des personnes ayant un handicap psychique.

### Une pluralité de profils et de parcours des résidents

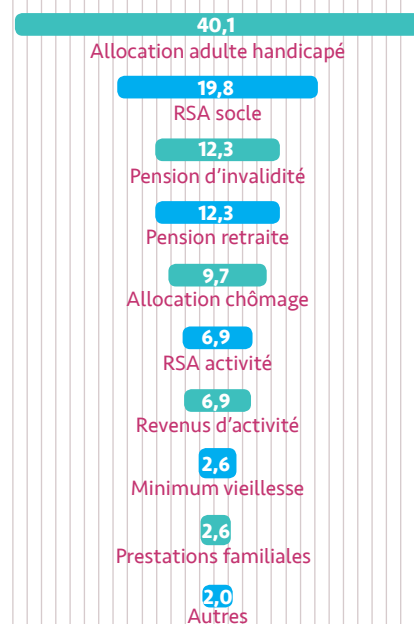
En se situant au niveau de l'individu et de son parcours, cette étude a mis en lumière la pluralité des situations et problématiques rencontrées par les résidents.

#### Caractéristiques des résidents

74,6 % des personnes présentes le jour de l'enquête sont des hommes. Le profil dominant est d'être hébergé seul (96,8%), isolement davantage masculin (98,9% contre 90,1%). L'âge moyen est de 50 ans et **près de 2 résidents sur 3 sont âgés de 45 ans et plus**. 40,9% des résidents ont déclaré bénéficier d'une **mesure de protection** (essentiellement des curatelles ou tutelles).

Ce public est caractérisé par sa précarité, avec **des ressources limitées**: principalement l'allocation adulte handicapé (AAH) et le revenu de solidarité active (RSA) - voir ci-contre.

#### RESSOURCES DÉCLARÉES PAR LES RÉSIDENTS (EN %)



## → Caractéristiques des résidents

93 % des résidents étaient, au moment de l'enquête, sans activité professionnelle, 15 % en retraite et 7 % avaient une activité professionnelle.

78,3 % des résidents ont déclaré avoir un ou plusieurs **problème(s) de santé**, certains directement liés au parcours d'errance et d'exclusion. Trois problématiques dominent : les addictions, les troubles psychiques et le vieillissement prématuré.

Pour certains résidents, l'accès aux soins était inexistant à leur arrivée et ne constituait pas une priorité. L'entrée dans la pension de famille est parfois marquée par l'émergence de problématiques de santé importantes notamment chez les personnes vieillissantes, comme le dénotent certains professionnels.

### Parcours antérieur à l'arrivée en pension de famille

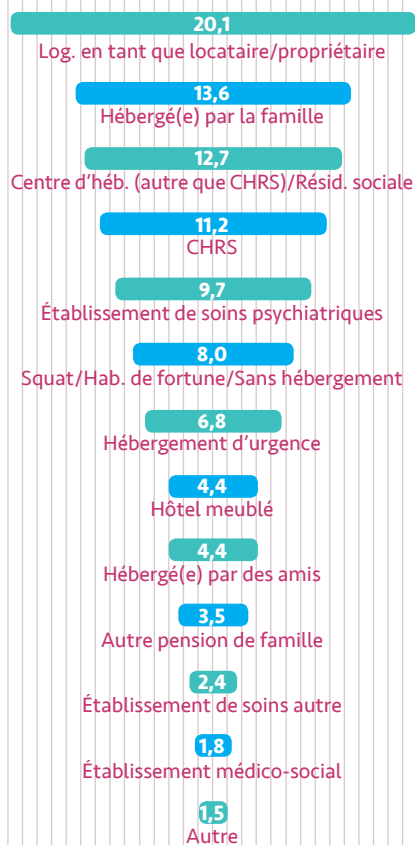
Avant leur arrivée en pension de famille, 30 % des résidents ont connu un **parcours institutionnel** (CHRS, résidences sociales, etc.), environ 20 % ont déclaré avoir un logement en tant que locataire et 18 % étaient hébergés par de la famille ou des amis (voir ci-contre).

Les professionnels parlent ainsi d'un public au « parcours chaotique », « très marqué par son histoire », « marginalisé » ayant connu des situations d'exclusion lourdes, des parcours d'addiction, d'errance plus ou moins importants.



“ 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. ”

### HÉBERGEMENT LE PLUS RÉCURRENT AVANT L'ADMISSION EN PENSION DE FAMILLE (EN %)



### Les professionnels ayant une fonction d'« hôte »

Ces professionnels, nommés ainsi dans la circulaire relative aux pensions de famille, assurent une **présence quotidienne** indispensable aux côtés des résidents. L'étude a fait ressortir trois grandes missions : l'accompagnement individuel, le respect du règlement intérieur et l'animation et gestion des activités collectives. La majorité des professionnels a une formation en travail social.

### Les résidences accueil : quel public accueilli ?

Il s'agit exclusivement de résidents ayant une **maladie psychique ou des troubles psychologiques** (au préalable **diagnostiqués et stabilisés**) inscrits dans un parcours de soins. Certains problèmes, comme l'addiction, peuvent y être associés.

Ce public est plus jeune que celui des pensions de famille « classiques » : 29,2 % ont moins de 34 ans contre 9,5 %. 61,2 % ont un handicap reconnu et perçoivent l'AAH. Comme pour les pensions de famille « classiques », les personnes accueillies en résidence accueil sont relativement isolées, en partie du fait de la maladie psychique elle-même. L'arrivée en résidence accueil permet très souvent un départ de la famille ou une sortie d'hospitalisation.

### Isolation des résidents

Environ 63 % des personnes accueillies sont célibataires, 29 % sont divorcées ou séparées et 4,3 % veuves. Les professionnels interrogés mentionnent la faiblesse des liens familiaux des résidents (conflits familiaux, ruptures familiales ou conjugales, situations d'abandon), souvent associée à une pauvreté et/ou des problèmes de santé. Ils observent également très souvent un **déficit d'estime et de confiance en soi** qui freine le développement de relations interpersonnelles.

### Sorties et perspectives

La question de la sortie n'est pas au centre de l'accompagnement, du fait de la pérennité du logement proposé, mais **certaines personnes expriment le souhait de partir**. Un projet de départ est alors travaillé avec les professionnels. Les résidents souhaitent majoritairement accéder à un logement autonome sans accompagnement social (60 %) ou rejoindre une structure plus adaptée à leur besoin (établissement pour personnes âgées, personnes handicapées, etc.).



## Les addictions

80,0 % des pensions de famille accueillent des personnes ayant une addiction reconnue (24 structures). Selon les professionnels, il s'agit essentiellement d'addiction à l'alcool, à l'origine de problèmes de santé lourds et pouvant être associée à des troubles psychiques. Du fait du déni de leur situation, **l'accès aux soins** de ces résidents reste pour beaucoup limité, alors qu'il s'agit pourtant d'un **véritable enjeu**, notamment pour les plus jeunes. Les addictions remettent en cause leurs projets d'insertion qui, sans soins, apparaissent irréalisables.

95,8 % des structures accueillant ce public ont mis en place des partenariats. Différents degrés de coopération sont relevés : actions de prévention ponctuelles, partenariats organisés avec des associations spécialisées ou des professionnels médicaux, mais cela reste des cas particuliers. La moitié des structures a mis en place des actions collectives et autant une formation auprès des professionnels.

### Incidences des conduites addictives sur la vie collective

La consommation de substances influence directement la vie collective et peut être source de tensions. La majorité des pensions de famille limite l'accès des personnes sous emprise de produits aux espaces collectifs et aux activités. Elles sont également très vigilantes lors des admissions à ne pas accueillir trop de personnes avec addictions afin de veiller à l'équilibre du groupe. Les professionnels assurent donc un **rôle important de régulation** en interne mais aussi parfois à l'extérieur de la structure auprès du voisinage. Le cadre de vie semi-collectif ainsi que l'intervention de professionnels au quotidien sont autant de moyens et d'outils pour accompagner les résidents et faire évoluer les consommations.

## Les troubles psychiques et la souffrance psychologique

Le dispositif des résidences accueil est dédié aux personnes présentant un handicap psychique. 76,7 % de pensions de famille « classiques » sont également concernées par l'accueil de ce public (23 structures). Parmi celles-ci, la quasi-totalité a mis en place des actions spécifiques afin de s'adapter à ces personnes. Pour 87,0 %, il s'agit de partenariats pour l'accès aux soins, pour près de 40 % pour l'accès aux loisirs et environ 35 % ont proposé des formations auprès du personnel.

Les professionnels mentionnent que l'accueil de ces résidents influence la vie collective (adaptation des activités, difficultés relationnelles, etc.) et mettent en avant les difficultés de ces personnes à effectuer de façon autonome des actes du quotidien (entretenir le logement, faire des courses, etc.) et à établir des relations sociales. Les professionnels assument diverses fonctions : une présence quotidienne, un rôle de veille et d'alerte en cas d'urgence ainsi qu'un rôle d'interface avec les multiples partenaires impliqués dans l'accompagnement.

### Le logement comme levier à l'accès et au maintien des soins

Le plan psychiatrie-santé mentale 2011-2015<sup>1</sup> place l'accès et le maintien dans le

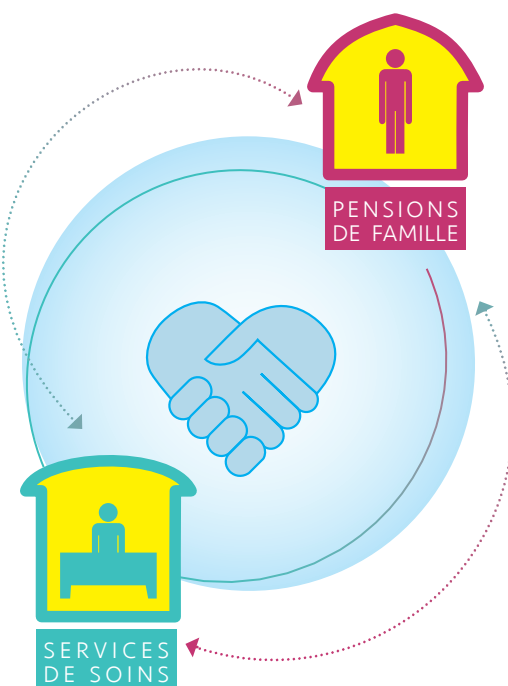
logement comme un des objectifs prioritaires, favorisant la continuité et l'accès aux soins. Les pensions de famille et les résidences accueil sont identifiées comme des solutions de logement adaptées pour ce public, à condition que des partenariats s'organisent entre les différents acteurs.

Suite aux entretiens réalisés, deux situations sont distinguées : **des personnes inscrites dans un parcours de soins** depuis leur arrivée dans la pension de famille et des personnes dont **l'accès aux soins est limité voire inexistant**. Les ruptures de soins et le non-recours engendrent des problèmes pour la personne elle-même, pour les autres résidents et pour les professionnels impliquant des situations de crise à gérer.

### Un partenariat indispensable entre les pensions de famille et les services de soins spécialisés

Ces partenariats prennent différentes formes, allant de l'existence de partenariats organisés voire formalisés avec les services sanitaires et médico-sociaux (plus fréquente dans les résidences ac-

« 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. »



cueil que dans les pensions de famille « classiques ») à des initiatives de certaines pensions de famille plus ponctuelles (relations avec les services de psychiatrie créées au fil du temps).

Plusieurs freins sont repérés par les professionnels : la nécessité de **bien identifier et clarifier le rôle et la place de chacun** ; la **présence de réticences quant au partage d'information** entre les professionnels (secret médical, etc.) ; le **besoin d'instaurer des relations dans la durée**. La méconnaissance réciproque de l'ensemble des acteurs et leur cloisonnement peuvent également faire obstacle au bon développement des partenariats.

1/ Ministère chargé de la santé « Plan psychiatrie et Santé mentale 2011-2015 »

## Le vieillissement et la perte d'autonomie

53,3 % (soit 16 structures) des pensions de famille sont confrontées à ce problème de vieillissement. Les résidents sont **touchés de façon prématurée** du fait de leurs parcours de vie, les premiers signes de perte d'autonomie apparaissant vers 50-55 ans.

Parmi les structures concernées par l'accueil de ce public, 62,5 % déclarent avoir mis en place des partenariats spécifiques (aide à domicile, portage de repas, médecin, infirmier, etc.). 18,8 % ont procédé à une adaptation des locaux et 6,3 % ont réalisé une formation auprès des professionnels. Proposant des logements autonomes, les pensions de famille veillent à **favoriser le maintien au domicile**, notamment en mobilisant les dispositifs existants dans le droit commun. 27,0 % des résidents déclarent avoir régulièrement des services intervenant à leur domicile : aide à domicile (47,3 %) puis des soins infirmiers (41,9 %). Les professionnels des pensions de famille tentent ainsi de développer un travail de réseau avec les professionnels intervenant autour des situations individuelles.

### Difficultés liées à la prise en compte du vieillissement

L'accès à ces dispositifs est très souvent limité pour les résidents car leurs **besoins dépassent assez vite les possibilités d'intervention des équipes**, en termes de disponibilité et de compétences. Plusieurs

professionnels ont fait part des difficultés qu'ils éprouvaient : situation d'isolement dans la prise en charge de certaines situations et manque de relais possible par des professionnels extérieurs, générant de multiples questionnements sur leurs limites et responsabilités.

« 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. »

Lorsque l'autonomie de la personne diminue, l'accès à une structure spécialisée s'avère nécessaire (Ehpad, foyers d'accueil médicalisés (Fam), familles d'accueil). Celui-ci reste aussi très limité : accès possible seulement après 60 ans et dérogations d'âge difficiles à obtenir ; réticence à accueillir un public ayant un parcours d'exclusion et/ou des problèmes d'addiction ; faiblesse des ressources des résidents. Enfin, un manque de places dans ces structures est également souligné.

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**, moments particulièrement difficiles à vivre pour eux ainsi que pour les autres résidents de la structure



### Perceptions des résidents sur les améliorations constatées depuis l'arrivée en pension de famille

Cette étude a permis aux résidents de s'exprimer sur les améliorations perçues depuis leur arrivée. L'impression d'avoir trouvé un logement stable est la première amélioration mentionnée puis une meilleure hygiène de vie et une affirmation de soi accrue. Être plus sociable et avoir des contacts avec les autres résidents se révèlent être des éléments importants. Les résidents abordent également l'amélioration de leur santé et/ou de leur problème d'addiction. Les notions de sérénité et de « vie tranquille » sont également des propos mis en évidence par les résidents.

### Après avoir permis de caractériser la population des pensions de famille, cette étude a fait émerger trois thématiques :

les addictions, les troubles psychiques et/ou psychologiques et le vieillissement des résidents. Du fait des difficultés que représente l'accompagnement quotidien de ces publics, il apparaît comme important de veiller à **soutenir les professionnels**, en garantissant des temps d'échanges et d'analyse de pratiques professionnelles et **favoriser la formation continue**, afin de rompre l'isolement souvent ressenti. Enfin, **développer au maximum les partenariats** (sanitaire, médico-social et également culturel), souvent pauvres au niveau local, doit rester une priorité.



Plaquette issue du rapport d'étude « Les résidents des pensions de famille / maisons relais : Profils, parcours résidentiels et enjeux de l'accompagnement » - Décembre 2013, téléchargeable sur le site Internet de l'ORS ([www.orscentre.org](http://www.orscentre.org)) et du Creai ([www.creaicentre.org](http://www.creaicentre.org)).

Nos remerciements s'adressent aux résidents pour avoir accepté de répondre au questionnaire et rendu cette étude possible ainsi qu'aux professionnels pour avoir mis en place l'enquête au sein de leur structure et accepté de nous livrer leurs expériences professionnelles lors des entretiens.

Directeur de publication : Directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) du Centre

Rédactrices de la plaquette : A. ELOY (ORS Centre), A. LANGEVIN et L. MARTINEAU (Creai Centre) sous la direction de C. LECLERC (ORS Centre) et S. DEMOUSTIER (Creai Centre).

