



DRJSCS
HAUTS-DE-FRANCE

Direction Régionale de la Jeunesse,
des Sports et de la Cohésion Sociale
www.hauts-de-france.drjcs.gov.fr



➤ Inclusion sociale et dépendance : besoins sanitaires et sociaux des résidents de pensions de famille en Picardie

Octobre 2016



Étude pilotée par Murielle BOUBERT-DEVOS et Juliette HALIFAX de l'APRADIS Picardie

REMERCIEMENTS

L'APRADIS Picardie – Association pour la Professionnalisation, la Recherche, l'Accompagnement et le Développement en Intervention Sociale – tient à remercier l'ensemble des personnes ayant permis sa réalisation de ce rapport.

Nous remercions tout d'abord la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) Nord - Pas-de-Calais Picardie pour leur financement et la confiance apportée à l'équipe du CREA I (Centre Régional d'Études, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité) de Picardie dans la réalisation de cette étude¹.

Pour leur accueil chaleureux et les échanges constructifs autour de leurs pratiques professionnelles, nous remercions les dix pensions de famille faisant partie du panel d'étude et ayant accepté de nous ouvrir les portes de leur structure durant toute une journée.

Pour avoir partagé avec un membre de l'équipe des éléments de leur vie, leurs craintes, difficultés et espoirs, nous remercions les trente-huit résidents des pensions de famille ayant participé à un entretien individuel.

Pour leur connaissance du terrain, leur intérêt pour le sujet, ainsi que pour leurs nombreuses réflexions, nous remercions les membres du comité de pilotage de l'étude, notamment les Directions Départementales de la Cohésion Sociale (DDCS) de l'Aisne et de la Somme pour leur assiduité.

Pour leur contribution à cette étude, via la réalisation des entretiens et/ou la construction des outils, nous remercions également chaleureusement nos collègues qui ont permis de constituer une équipe dynamique : Amandine BAUDE, Loïc BOUBET, Aurélien CHAMBERLIN, Marie-Véronique LABASQUE, Régis LEBLED et Stéphane POTTIER.

À tous, nous souhaitons une très bonne lecture.

Murielle BOUBERT-DEVOS et Juliette HALIFAX

¹ Cette étude entre dans le cadre de la convention de financement 2015 entre la DRJSCS de Picardie, l'ARS de Picardie et le CREA I de Picardie, dont les missions ont été confiées au CREA I Nord-Pas-de-Calais depuis le 1^{er} janvier 2016.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
I- METHODOLOGIE D’ETUDE	8
1. <i>Les pensions de famille en Picardie</i>	9
2. <i>Entretiens au sein des pensions de famille : construction du panel</i>	12
3. <i>Guides d’entretien : des outils spécifiques selon le type d’enquêtés</i>	16
4. <i>Les entretiens menés</i>	18
II- ENTREES ET SORTIES DES RESIDENTS	21
1. <i>L’arrivée des résidents : une orientation du SIAO</i>	21
A. Les professionnels souhaitent une diversité des profils des résidents	21
B. Le rôle des partenaires sanitaires et sociaux dans l’orientation et le parcours des résidents ..	22
2. <i>Un résident sur six quitte son logement au cours de l’année</i>	25
A. De nombreuses sorties positives, mais également beaucoup de décès	25
B. Des résidents en pension de famille depuis plusieurs années	27
C. Difficultés à se projeter en dehors de la pension de famille	27
III- CARACTERISTIQUES DES RESIDENTS	30
1. <i>Profil sociodémographique</i>	30
A. Essentiellement des hommes	30
B. Deux-tiers des résidents ont plus de 50 ans.....	31
2. <i>Vie familiale et sociale</i>	32
A. Liens familiaux : des relations rares, voire inexistantes	32
B. Des liens sociaux restreints.....	34
3. <i>Situation professionnelle et financière</i>	35
A. Très peu de résidents en emploi.....	35
B. De faibles ressources	36
4. <i>État de santé</i>	39
A. Des problèmes de santé nécessitant une prise en charge régulière	39
B. Une réponse médicale adaptée aux besoins des résidents ?.....	42

IV- ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES STRUCTURES	45
1. <i>Professionnels intervenant au sein des pensions de famille.....</i>	<i>45</i>
A. Impact de l'organisation associative sur le fonctionnement de la structure	45
B. Une ouverture à d'autres professionnels, notamment de santé.....	47
2. <i>Accompagnement social et activités</i>	<i>47</i>
A. Une aide pour les démarches administratives et de la vie quotidienne	48
B. Des activités proposées très variables.....	49
C. Temps d'expression et de représentation	50
3. <i>Accompagnement sanitaire</i>	<i>52</i>
A. Un manque de médecins traitants volontaires	52
B. Des relations complexes avec le secteur psychiatrique	53
C. Comment gérer les addictions ?	54
D. Des fonctionnements internes variés quant à l'accompagnement proposé.....	55
E. Gestion de la perte d'autonomie et orientations éventuelles.....	58
F. Des formations nécessaires des hôtes à la gestion de la fin de vie	60
BESOINS SANITAIRES ET SOCIAUX : PRECONISATIONS	62
LISTE DES SIGLES UTILISES	67
ANNEXES / GUIDES D'ENTRETIENS	71
<i>Guide d'entretien collectif avec les résidents</i>	<i>71</i>
<i>Guide d'entretien individuel avec les hôtes.....</i>	<i>73</i>
<i>Guide d'entretien individuel avec les résidents.....</i>	<i>75</i>

INTRODUCTION

Les pensions de famille sont des structures relativement jeunes dans le paysage social. Les premières ont vu le jour suite à un programme expérimental lancé par une circulaire, le 21 avril 1997. Suite à l'évaluation positive de cette expérimentation, ces structures ont par la suite été renommées "maisons relais". Aujourd'hui, la dénomination officielle est de nouveau celle de "pension de famille". Cependant, au cours de cette étude, l'équipe de recherche de l'APRADIS² Picardie s'est déplacée au sein de dix structures et a pu observer que la dénomination commune était toujours celle de "maison relais" dans six d'entre elles. Pour plus de simplification, le terme de "pension de famille" sera utilisé dans ce rapport, excepté lors de la citation de textes législatifs faisant état de l'ancienne dénomination.

D'après le Code de la construction et de l'habitation, une pension de famille est un logement-foyer tel que défini par les articles L. 633-1 et suivants dudit code, à savoir « *un établissement destiné au logement collectif à titre de résidence principale de personnes dans des immeubles comportant à la fois des locaux privatifs meublés ou non et des locaux communs affectés à la vie collective* ». **Il s'agit bien de logement, et non pas d'hébergement.** Ainsi, les personnes résidant en pension de famille signent un contrat de séjour. La résiliation de celui-ci ne peut intervenir sans l'accord de la personne, excepté dans certains cas bien définis (art. L.633-2). Comme le prévoyait déjà la circulaire DGAS/SDA n° 2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais, « *la maison relais ne s'inscrit pas dans une logique de logement temporaire mais bien d'habitat durable, sans limitation de durée* ». Là encore, certains professionnels exerçant en pension de famille sont vigilants au vocabulaire employé, afin que ce statut soit bien respecté par tous et que les résidents se sentent chez eux. Plusieurs structures ont ainsi banni du vocabulaire le mot "chambre" qui renvoie davantage à de l'hébergement, pour privilégier le terme "logement", voire "studio".

Mais les pensions de famille ne sont pas un simple logement puisque **les résidents y sont encadrés par un ou plusieurs professionnels.** Les missions de ces derniers, nommés "hôtes", sont définies dans la circulaire n° 2002-595. Ainsi, une pension de famille est constituée de plusieurs logements regroupés au sein d'un même lieu et les hôtes y « *jouent un rôle primordial d'animation et de régulation de la vie quotidienne de la maison* ». Leur mission principale est d'« *être d'abord à l'écoute des pensionnaires en assurant une présence quotidienne auprès d'eux* », mais ils sont aussi le lien entre les résidents et les services auxquels ces derniers recourent, qu'il s'agisse de services sanitaires ou sociaux, ou de démarches de la vie courante. En effet, les personnes logées en pension de famille, si elles n'ont pas besoin d'« *un accompagnement social lourd, ne peuvent, du fait de leur isolement social et affectif, trouver immédiatement un équilibre de vie dans un logement individuel autonome* ».

Le profil des personnes est défini dans le Code de la construction et de l'habitation (art. L.633-1) : « *La résidence sociale dénommée "pension de famille" est un établissement destiné à l'accueil sans*

² Association pour la Professionnalisation, la Recherche, l'Accompagnement et le Développement en Intervention Sociale.

condition de durée des **personnes dont la situation sociale et psychologique rend difficile leur accès à un logement ordinaire**. La "résidence accueil" est une pension de famille dédiée aux personnes ayant un handicap psychique. » A l'heure actuelle, il n'existe pas encore, en Picardie, de résidence accueil, mais l'ouverture d'une telle structure est prévu sur la commune de Laon pour fin 2016. Notons que la définition du public concerné par un logement en pension de famille diffère légèrement de celle énoncée dans la circulaire n° 2002-595, de décembre 2002 : « *La maison relais est destinée 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. Les maisons relais s'adressent de manière privilégiée aux personnes fréquentant ou ayant fréquenté de façon répétitive les structures d'hébergement provisoire et qui ne relèvent pas des structures d'insertion de type CHRS ni d'un logement autonome.* »

Les politiques relatives au logement et à l'hébergement, notamment tout ce qui concerne le dispositif Accueil, Hébergement et Insertion (AHI) des personnes sans abri, ou en grandes difficultés sociales, relève de la compétence de l'État. Au niveau local, ces politiques sont mises en place par les Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) et par les Directions Départementales de la Cohésion Sociale (DDCS). En lien avec la définition et les objectifs des pensions de famille, la DRJSCS de Picardie est partie du double constat suivant :

- les personnes résidant en pension de famille ont un potentiel leur permettant de ne plus être en hébergement social,
- mais leur parcours peut induire un accompagnement renforcé en matière d'accès aux soins et d'adaptation des prises en charge parfois de type médico-social.

Or, si les pensions de famille ont l'obligation de construire un « projet social » (circulaire n° 2002-595), les textes législatifs ne définissent pas de mission spécifique concernant le champ sanitaire, ni médico-social. En outre, si les hôtes peuvent être de formation médico-sociale, la prédominance des profils est tout de même sociale : « *sa qualification qui peut être diverse, conseiller(ère) en économie sociale et familiale (CESF), assistant de service social, AMP (aide médico-psychologique) ou par leur expérience reconnue dans le champ de l'accueil et de l'insertion des personnes en difficulté* ».

En lien avec ces différents constats de terrain, **la DRJSCS de Picardie a souhaité avoir une analyse précise et objectivée des situations rencontrées**, notamment des besoins sanitaires et sociaux des résidents de pensions de famille et des réponses qui leur sont apportées.

L'étude présentée dans ce rapport fait suite à l'évaluation d'impact sur la santé réalisée par l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS) Picardie en 2015³. Cette évaluation, s'inscrivant dans le plan de lutte contre la pauvreté, visait à l'évaluation de la circulaire DGAS/SDA n° 2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais. Ces travaux ont abouti à la

³ IREPS Picardie, « Évaluation d'impact sur la santé. Projet pilote en Picardie. Évaluation de la circulaire DGAS-SDA n° 2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais », 61 p., juin 2015.

préconisation de quinze recommandations qui « *viennent soit améliorer des mesures déjà présentes dans cette circulaire pour renforcer l'impact positif des maisons-relais sur la santé des résidents du point de vue de la promotion de la santé, soit, elles proposent des mesures nouvelles pour atténuer des aspects préjudiciables à la santé des résidents* ».

Au niveau sanitaire, deux constats principaux ont été mis en avant : la question des addictions et celle du vieillissement. La DRJSCS souhaite notamment pouvoir **anticiper les besoins liés au vieillissement des résidents**. Pour cela, il est nécessaire d'avoir une vision précise des besoins des personnes accompagnées en pensions de famille, face notamment à un vieillissement prématuré, afin de construire des propositions de réponses adaptées, permettant l'articulation des dispositifs sanitaires et sociaux sur les lieux de vie de ces personnes vulnérables.

Ainsi, le comité de pilotage de cette étude a défini trois grands objectifs⁴ :

- **Identifier les caractéristiques** sociodémographiques **des personnes logées** ainsi que leurs problèmes de santé (dont les questions liées au vieillissement prématuré et à la perte d'autonomie).
- **Identifier leurs besoins sanitaires et sociaux** notamment en matière d'accès aux soins/droits et d'adaptation des accompagnements proposés au sein des pensions de famille.
- **Établir des préconisations relatives à l'articulation des dispositifs sanitaires et sociaux** sur les lieux de vie de ces personnes et notamment les potentiels pour fluidifier les parcours.

⁴ Voir également l'étude de la DIHAL (Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement) dont les objectifs sont relativement proches : DIHAL, « Les pensions de famille et résidences accueil : du modèle aux réalités d'aujourd'hui », 175 p., novembre 2015.

I- METHODOLOGIE D'ETUDE

L'APRADIS Picardie, en accord avec le Comité de pilotage de l'étude, a mis en place un recueil de données en deux temps :

1. Analyse des rapports d'activité des 20 pensions de famille de Picardie :

- recueil des caractéristiques sociodémographiques des résidents ;
- recueil des modes de fonctionnement des pensions de familles.

Ces structures étant financées par les DDCS, celles-ci sont dépositaires des rapports d'activité. Ainsi, la DRJSCS les a sollicitées afin que l'APRADIS Picardie puisse recevoir et travailler sur l'ensemble des rapports d'activité des pensions de famille de Picardie existant au 1^{er} janvier 2015. Les DDCS de l'Oise et de la Somme nous ont adressé l'ensemble des rapports d'activité de l'année 2014. De son côté, la DDCS de l'Aisne a choisi de nous envoyer, pour chaque pension de famille, les résultats d'une enquête réalisée par la DDCS et reprenant des éléments des rapports d'activité pour l'année 2015, de manière uniformisée. Ainsi, nous avons pu travailler sur le corpus complet des rapports d'activité des pensions de famille de Picardie, seule la date étant variable selon les départements. Notons cependant que, pour deux pensions de famille, un rapport d'activité commun avec d'autres structures ne permet pas d'obtenir beaucoup d'informations sur les caractéristiques des pensionnaires et du fonctionnement (Les Augustins et Hélène Lockert à Amiens).

2. Réalisation d'entretiens menés par l'équipe de l'APRADIS auprès d'un panel de 10 pensions de famille.

Cet échantillon a été construit à partir, entre autres, de la localisation géographique des pensions de famille et des caractéristiques des résidents repérées dans les rapports d'activité. Les entretiens se sont déroulés sur la base du volontariat, d'une part avec les hôtes qui sont des personnes ressources pour apporter des réponses aux besoins des résidents et, d'autre part, avec les résidents eux-mêmes. Les résidents ont été interrogés en entretien collectif (un par structure sélectionnée) et en entretien individuel afin d'approfondir les questions de dépendance et de perte d'autonomie qui ne peuvent être abordées en entretien collectif.

Lors de chaque étape, les membres du Comité de pilotage sont sollicités pour modifier et valider les outils proposés par l'APRADIS. C'est le cas notamment pour la constitution du panel ainsi que pour la construction des guides d'entretien à destination des résidents et des hôtes des pensions de famille.

1. Les pensions de famille en Picardie

Début 2015, 20 pensions de famille sont installées en Picardie, avec une capacité totale de 460 places. Le développement de ce type de structure est important puisque, fin 2008, la DREES comptabilisait via l'enquête ES⁵ seulement 13 pensions de familles, pour une capacité de 278 places. Sur cette période, le nombre de places en pension de famille sur le territoire a augmenté en moyenne de + 9 % chaque année. Nous verrons, dans la suite de cette partie, que cette tendance se poursuit avec, en projet, l'ouverture de plusieurs structures depuis 2015. Une capacité supplémentaire de 106 places est prévue, soit une augmentation moyenne de + 11 % par an sur ces deux années. Par conséquent, **début 2017, il y aura 24 pensions de famille en Picardie, pouvant accueillir 566 personnes** (dont une résidence accueil de 18 places).

Début 2015, la moitié de ces structures était située dans le département de l'Aisne qui concentrait également près de la moitié des places de Picardie (47 %). Il y avait par ailleurs six pensions de famille dans l'Oise (30 % des places) et seulement quatre dans la Somme (23 %). Début 2017, la répartition des places sera respectivement de 41 % dans l'Aisne, 34 % dans la Somme et 25 % dans l'Oise. La capacité d'accueil de ces structures varie de 10 à 40 places, la moitié ayant une capacité avoisinant les 25 places.

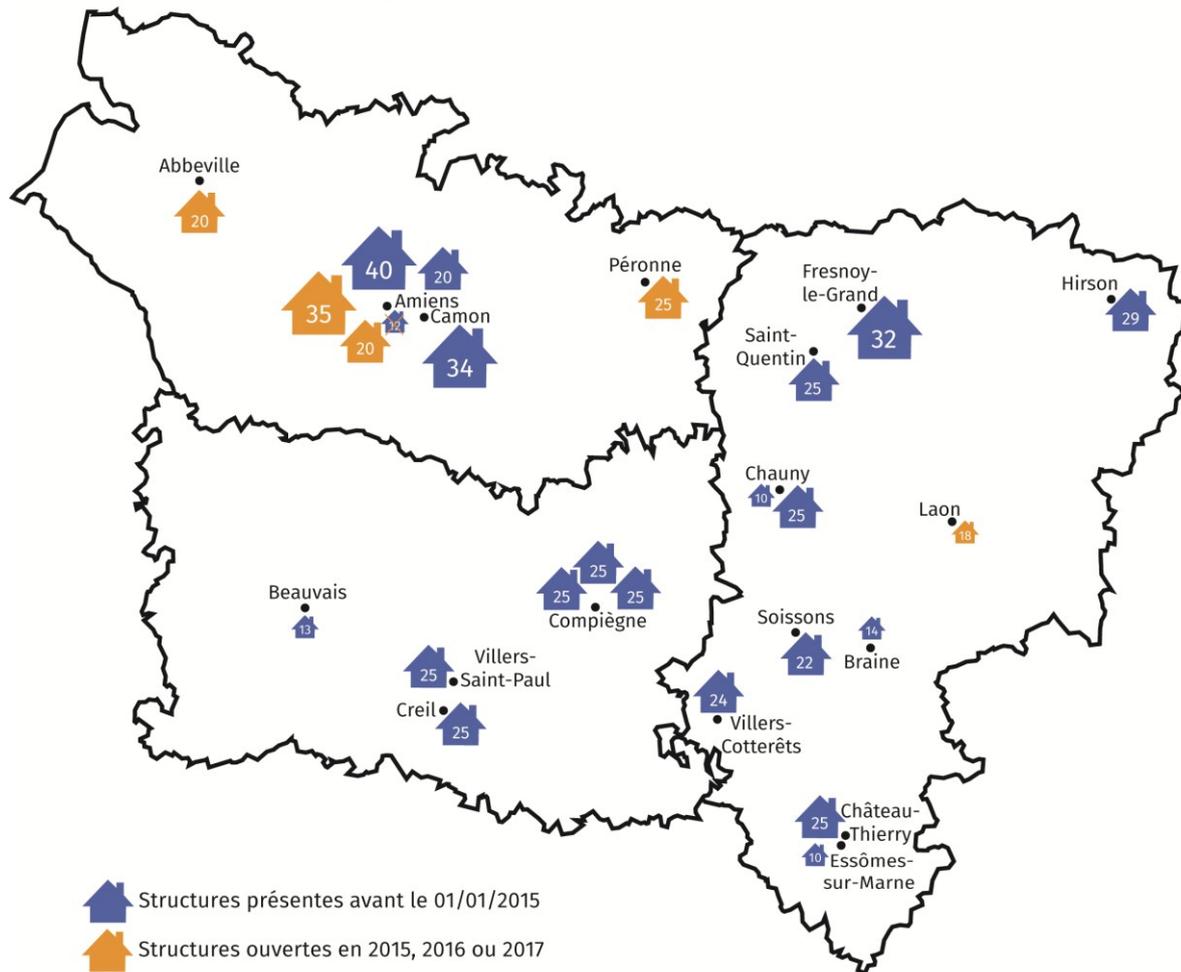
Par ailleurs, divers organismes gèrent des pensions de famille. L'association la plus représentée est Accueil Et Promotion, avec six pensions de famille, dont cinq situées dans l'Aisne et une dans l'Oise. Viennent ensuite Coallia et Abej Coquerel, avec respectivement quatre et trois structures, situées majoritairement dans l'Aisne et l'Oise. D'autres associations portent une seule pension de famille en Picardie (Aprémis, Avenir, les Compagnons du Marais, la "Ferme de Moyembrie", Habitat et Humanisme, l'Îlot). Enfin, une des pensions de famille de l'Oise est portée par un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), celui de Compiègne.

⁵ La DREES, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, est rattachée au ministère des Affaires Sociales et de la Santé. D'après le site internet de la DREES, « l'enquête ES "difficulté sociale" s'intéresse à l'activité des établissements et services pour personnes en difficulté sociale, au personnel en fonction et au profil des personnes accueillies dans ces structures : enfants et adolescents d'une part, adultes et familles d'autre part ». Cette enquête, tout comme l'enquête ES "handicap" est réalisée tous les quatre ans.

PENSIONS DE FAMILLE EN PICARDIE AU 1 ^{er} JANVIER 2015			
Organisme gestionnaire	Commune	Nom de la pension	Capacité
AISNE : 10 structures, capacité de 216 places (47 % des places)			
Abej Coquerel	Braine	L'eau vive	14
Accueil Et Promotion (AEP)	Château-Thierry	Résidence le Relais	25
Accueil Et Promotion (AEP)	Chauny	Résidence du Bailly	25
Organisme de Gestion de la Ferme de Moyembrie (OGFM)	Chauny		10
Coallia	Essômes-sur-Marne		10
Accueil Et Promotion (AEP)	Fresnoy-le-Grand	Maurice Ravel	32
Accueil Et Promotion (AEP)	Hirson	Thierry Sabine	29
Accueil Et Promotion (AEP)	Saint-Quentin	Résidence Henri Martin	25
Habitat et Humanisme	Soissons	Espérance	22
Abej Coquerel	Villers-Cotterêts	Henri Vincent	24
OISE : 6 structures, capacité de 138 places (30 % des places)			
Abej Coquerel	Beauvais	La Croisée des chemins	13
Accueil Et Promotion (AEP)	Compiègne	Résidence du Village	25
Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Compiègne	Compiègne		25
Coallia	Compiègne		25
Les Compagnons du Marais	Creil	Résidence Roger Hulin	25
Coallia	Villers-Saint-Paul		25
SOMME : 4 structures, capacité de 106 places (23 % des places)			
Aprémis	Amiens	Hélène Lockert	40
Coallia	Amiens	Louise Michel	12
L'Îlot	Amiens	Les Augustins	20
Avenir	Camon	Pierre Billard	34

CONSTRUCTION DE NOUVELLES PENSIONS DE FAMILLE EN PICARDIE EN 2015, 2016 et 2017				
Organisme gestionnaire	Département	Commune	Capacité	Date d'ouverture et précisions
Agena	Somme	Amiens	20	Ouverture le 01/04/2015
Coallia	Somme	Péronne (au lieu d'Amiens)	+ 13 (de 12 à 25 places)	Transfert le 01/12/2015 de la Maison relais "Louise Michel"
Habitat et Humanisme	Somme	Amiens	35	Ouverture le 01/03/2016 de la "Maison de Monsieur Vincent"
Espoir 02	Aisne	Laon	18	Ouverture fin 2016 : 1 ^{ère} résidence accueil de Picardie
Aprémis	Somme	Abbeville	20	Ouverture début 2017

Lieu d'implantation et capacité d'accueil des pensions de famille en Picardie



Réalisation : APRADIS Picardie, Département d'Études, de Recherches et d'Observation

Les rapports d'activité collectés portent sur les 20 pensions de famille, mises en place avant 2015. Cependant, la création récente de nouvelles structures sur le territoire témoigne de l'intérêt important pour ce type de logement social. En effet, depuis 2015, plusieurs projets ont abouti ou sont sur le point d'aboutir. Ainsi, deux pensions de famille ont ouvert à Amiens : l'une de 20 places, portée par l'association Agena, et l'autre de 35 places, portée par l'association Habitat et Humanisme. D'autre part, dans la Somme, la maison relais Louise Michel, portée par Coallia, s'est agrandie suite à son transfert d'Amiens à Péronne, la capacité d'accueil passant de 12 à 25 places.

En outre, d'ici fin 2016, l'association Espoir 02 va ouvrir la première résidence accueil de la région à Laon, dans l'Aisne. Celle-ci aura une capacité de 18 places. Pour rappel, les résidences accueil sont des pensions de famille dont la particularité est de loger des personnes en souffrance psychique. Enfin, Aprémis⁶ est également en train de construire une pension de famille sur la commune d'Abbeville, dont l'ouverture est prévue pour début 2017.

⁶ Concernant la pension de famille Hélène Lockert d'Aprémis à Amiens, lire l'ouvrage : MARICOURT Thierry, *D'une pension de famille d'aujourd'hui*, L'Harmattan, Éditions Licorne, 352 p., 2011.

2. Entretiens au sein des pensions de famille : construction du panel

L'équipe de l'APRADIS Picardie et les membres du Comité de pilotage ont décidé, d'un commun accord, qu'un **échantillon constitué de la moitié des pensions de famille** situées en Picardie serait construit pour la réalisation des entretiens qualitatifs. Ainsi, 10 structures ont été concernées par cette seconde étape. Différents critères et principes directeurs ont prévalu à la détermination de ce panel :

- L'implantation départementale : celle-ci est proportionnelle à la répartition départementale des pensions de famille existantes.

Ainsi, le panel est constitué de 5 structures situées dans l'Aisne, 3 dans l'Oise et 2 dans la Somme.

- La localisation des pensions de familles en termes de communes urbaines, périurbaines, moyennes ou rurales. Les pensions de famille de l'Oise et de la Somme ont la particularité d'être toutes situées en milieu urbain (trois à Amiens, une à Beauvais, trois à Compiègne et une à Creil) ou en milieu périurbain (Camon et Villers-Saint-Paul)⁷. Parmi ces dix pensions de famille, quatre situées en zone urbaine et une en zone périurbaine ont donc été sélectionnées. Dans le département de l'Aisne, il y a plus de diversité, avec deux pensions de famille dans des communes urbaines (Saint-Quentin et Soissons), une dans une commune périurbaine (Essômes-sur-Marne), cinq dans des communes de taille moyenne (Chauny, Château-Thierry, Hirson, Villers-Cotterêts) et deux dans des communes rurales (Braine et Fresnoy-le-Grand). Une structure en zone rurale, ainsi que trois situées dans une commune de taille moyenne ont été sélectionnées, du fait de l'absence de ce type de localisation dans les deux autres départements. Enfin, la dernière pension de famille est située en zone périurbaine.

Ainsi, le panel est constitué de 4 pensions de famille situées en zone urbaine, 2 en zone périurbaine, 3 dans une commune moyenne et 1 en zone rurale.

- L'organisme gestionnaire : le panel doit impacter un maximum d'organismes gestionnaires afin d'avoir une diversité des politiques associatives et institutionnelles. Début 2015, dix organismes gestionnaires différents portent une pension de famille en Picardie⁸ (auxquels se rajouteront les associations Agena et Espoir 02 au cours des années 2015 et 2016). Il est impossible de tous les intégrer à l'enquête car, parmi les quatre pensions de famille présentes dans la Somme, trois sont gérées par des organismes présents uniquement dans ce département.

Ainsi, le panel est constitué de 8 organismes gestionnaires différents ; seuls l'Îlot et Habitat et Humanisme ne sont pas représentés. Du fait de sa présence importante dans la région, l'association Accueil et Promotion, porte 3 structures interrogées. Par ailleurs, la seule institution, à savoir le CCAS de Compiègne, fait également partie du panel.

⁷ En 2015, avant le transfert à Péronne de la Maison relais Louise Michel, gérée par Coallia.

⁸ Organismes gestionnaires auxquels se rajouteront les associations Agena et Espoir 02 au cours des années 2015 et 2016.

- La capacité d'accueil : celle-ci varie de 10 à 40 places, avec une grande majorité de pensions de famille ayant une capacité d'accueil de 25 places. Concernant cet indicateur, la diversité des situations a été privilégiée.

Ainsi, le panel est constitué de 3 petites structures de moins de 15 places, de 3 grandes structures de plus de 30 places et de 4 structures de taille moyenne ayant aux alentours de 25 places.

- Le fonctionnement des structures : choix d'une diversité des situations, à partir des données issues des rapports d'activité, en termes notamment de la présence éventuelle de dispositifs d'accueil ou d'hébergement sur le même site, ce qui influe à la fois sur les caractéristiques des résidents et sur le fonctionnement de la pension de famille, du nombre et du type de professionnels intervenant au sein de la pension de famille, mais aussi au regard des durées de séjours et des fréquences de rotation des places constatées (cf. graphique page 25).

Concernant la rotation des places, par exemple, les pensions de famille de Camon et du CCAS de Compiègne ont toutes deux accueillies 36 personnes au cours de l'année 2014, la première ayant une capacité de 34 places et la seconde de seulement 25 places. Ainsi, les sorties sont peu nombreuses à Camon (2) et importantes à Compiègne (14). Ces deux structures font partie du panel.

Autre exemple concernant les durées de séjour : celles-ci sont élevées au sein des pensions de famille de Fresnoy-le-Grand, d'Hirson et de Chauny ("Ferme de Moyembrie"). Pour des capacités d'accueil de 32, 29 et 10 places, on dénombre respectivement 25, 19 et 7 personnes présentes au sein de leur logement depuis plus de trois ans, soit plus de deux-tiers des résidents.

- Les caractéristiques des personnes : à partir des données issues des rapports d'activité, la sélection s'est faite en priorité à partir des éléments liés à l'âge, afin de traiter les items inhérents au vieillissement de la population. D'autre part, le choix d'une diversité des situations a été fait, au regard de caractéristiques comme le sexe, la situation d'emploi, les ressources, les orientations précédentes ou encore les problématiques des pensionnaires en termes de santé (addictions, troubles psychiques, invalidité, etc.).

Concernant le premier critère, certaines pensions de famille ont été choisies au regard de l'âge élevé des résidents : Amiens-Aprémis et Camon (moyennes d'âge de 60 ans et 58 ans), Chauny-OGFM (neuf sur dix ont plus de 50 ans), Essômes-sur-Marne et Chauny-AEP (quatre-cinquièmes ont plus de 50 ans) ou de Fresnoy-le-Grand (deux-tiers ont plus de 50 ans). Les âges sont beaucoup plus diversifiés à Beauvais ou à Creil où un peu moins de la moitié a moins de 50 ans. D'autre part, la pension de famille d'Hirson est dans une situation plus hétérogène, avec trois-quarts des résidents ayant plus de 50 ans, mais d'autres ayant seulement une trentaine d'années.

Pour le sexe, les pensions de famille de Camon et d'Essômes-sur-Marne, par exemple, accueillent uniquement des hommes. Aucune n'est réservée aux femmes.

Les personnes résidant en pension de famille et ayant un emploi sont rares. C'est cependant le cas de la moitié des résidents à Chauny-OGFM (quatre en emploi et un en service civique) ou à Compiègne-CCAS (six personnes en emploi). Pour comparaison, il y en a seulement deux à Hirson, pour une

capacité d'accueil plus importante. À l'inverse, à Beauvais, plus de moitié des résidents sont en invalidité de travail.

Les ressources peuvent bien évidemment être liées à l'emploi, mais aussi à certaines allocations. Ainsi, l'AAH est perçue par plus de la moitié des résidents à Beauvais, Camon, Creil. De même, plus de la moitié des personnes perçoivent le RSA à Compiègne-CCAS et la proportion est relativement importante à Fresnoy-le-Grand et Hirson. Dans la pension de famille d'Aprémis, à Amiens, deux-cinquièmes des résidents touchent leur retraite et à peu près autant des minima sociaux (RSA et AAH).

Avant d'arriver à la pension de famille, les personnes sont dans des situations très diversifiées. Cependant, il y a des spécificités selon les structures. Ainsi, à la "Ferme de Moyembrie", les résidents sont tous des anciens condamnés pénaux, tandis qu'à Creil, presque tous ont déjà vécu en CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale). À Essômes-sur-Marne, ils viennent également, en grande majorité, d'un CHRS, ou encore d'un CAU (Centre d'Accueil d'Urgence), avec des problématiques d'isolement et d'errance. La situation est très différente à Fresnoy-le-Grand où près de la moitié des résidents était précédemment dans un logement autonome ou dans leur famille et un cinquième dans un centre hospitalier. A Hirson, la situation est intermédiaire, avec la moitié des personnes originaires d'un CHRS et plus du tiers résidant antérieurement en logement autonome. Dans ces deux dernières structures, des problématiques de rupture familiales sont souvent à l'origine de la demande.

Les problématiques sanitaires se retrouvent surreprésentées à Beauvais où l'ensemble des résidents a des problèmes psychiques, ainsi qu'à Fresnoy-le-Grand où plus des deux-tiers des personnes accueillies ont des problèmes de santé. Au vu de l'âge des personnes, la majorité des résidents à Amiens-Aprémis a des problèmes de santé physiques liés à l'âge et à l'hygiène de vie ; se trouvent également des personnes souffrant de maladies incurables ou ayant subi de lourdes interventions chirurgicales. Dans des proportions moindres, les troubles psychiques sont également nombreux à Creil et à Camon. Cette dernière structure accueille également de nombreuses personnes ayant des problèmes liés à l'addiction, ainsi que cinq personnes à mobilité réduite. Enfin, la pension de famille gérée par le CCAS de Compiègne a été confrontée à trois décès au cours de l'année 2014.

Au final, les 10 pensions de famille faisant partie du panel et ayant été rencontrées pour les entretiens qualitatifs sont les suivantes :

Date des entretiens	Département	Commune	Organisme gestionnaire	Nom de la pension de famille	Capacité d'accueil
28/04/16	Oise	Beauvais	Abej Coquerel	La Croisée des chemins	13
29/04/16	Oise	Creil	Les Compagnons du Marais	Résidence Roger Hulin	25
02/05/16	Somme	Camon	Avenir	Pierre Billard	34
09/05/16	Somme	Amiens	Aprémis	Hélène Lockert	40
12/05/16	Aisne	Fresnoy-le-Grand	Accueil Et Promotion	Maurice Ravel	32
13/05/16	Aisne	Hirson	Accueil Et Promotion	Thierry Sabine	29
19/05/16	Aisne	Essômes-sur-Marne	Coallia		10
23/05/16	Aisne	Chauny	Accueil Et Promotion	Résidence du Bailly	25
25/05/16	Oise	Compiègne	CCAS de Compiègne	Résidence sociale Saint Germain	25
30/05/16	Aisne	Chauny	OGFM		10

Ces structures faisant partie de l'échantillon d'étude ont été contactées par la DRJSCS pour les informer de l'étude et de la venue d'enquêteurs. L'APRADIS Picardie a ensuite téléphoné aux pensions de famille sélectionnées afin :

- de les informer de l'étude, de ses objectifs, du déroulement des entretiens et répondre à des questions éventuelles ;
- que l'hôte puisse préparer en amont le terrain d'étude, avec notamment une information aux résidents, une adaptation de l'organisation de la journée à la présence d'enquêteurs et une pré-sélection éventuelle de personnes en perte d'autonomie.

3. Guides d'entretien : des outils spécifiques selon le type d'enquêtés

Deux enquêteurs de l'APRADIS Picardie ont passé une journée, en binôme, au sein de chaque pension de famille sélectionnée. Même s'il y a pu y avoir certaines adaptations, en fonction de l'organisation interne de la structure, une journée type s'est déroulée de la façon suivante :

1. Visite de l'établissement par les professionnels (binôme - matin).
2. Entretien collectif avec les résidents volontaires (binôme - matin).
3. Entretien avec le/les hôtes, en s'appuyant notamment sur les propos tenus en collectif (binôme ou personne seule - matin).
4. Repas avec les résidents et/ou avec les hôtes et/ou en dehors de la pension de famille.
5. Entretiens individuels avec 4 résidents, en moyenne, sur la base du volontariat (2x2 entretiens individuels - après-midi).
6. Retour sur le déroulement de la journée avec les professionnels.

Dans l'objectif d'évaluer les besoins sanitaires et sociaux des pensionnaires, et conformément à la demande de la DRJSCS de porter une attention particulière aux personnes en perte d'autonomie ainsi qu'aux personnes vieillissantes, **trois guides d'entretien distincts ont été construits** et validés par le comité de pilotage : un premier à destination des résidents, rencontrés collectivement, un deuxième à destination des hôtes et un troisième pour les entretiens individuels avec les résidents. Il s'agit de guides d'entretiens semi-directifs avec, pour chaque thématique, une question d'amorce et des questions particulières pour approfondir les réponses données par les enquêtés (cf. annexe).

Le guide d'entretien collectif avec les pensionnaires porte sur des questions générales relatives à la pension de famille et ayant trait à :

- ✓ l'organisation : déroulement d'une journée type, horaires, gestion des espaces communs, rythmes de vie ;
- ✓ les activités de loisirs et de prévention proposées, ainsi que la participation des résidents à leur élaboration ;
- ✓ le lieu d'implantation de la structure, la proximité des administrations et commerces, ainsi que les accompagnements éventuellement proposés ;
- ✓ la santé, avec les facteurs favorisant une bonne santé (bien dormir, bien manger, etc.), la prise des rendez-vous médicaux et des médicaments, ainsi que les accompagnements éventuellement proposés.

Le guide d'entretien individuel avec les pensionnaires porte quant à lui davantage sur les impacts personnels que l'organisation de la pension de famille peut avoir ainsi que sur les rythmes de vie, les

accompagnements et les besoins non pourvus de la personne. Les grandes thématiques de ces entretiens sont les suivantes :

- ✓ le logement comme espace privé : type de logement, accès, personnalisation et entretien de celui-ci, ainsi que la satisfaction générale au regard du logement ;
- ✓ le logement comme espace de vie : vie sociale au sein du logement, avec l'accueil de personnes extérieures à la structure ou de voisins ; vie sociale au sein de la pension de famille, avec la participation aux activités et l'adéquation de celles-ci avec les capacités de la personne ;
- ✓ l'intégration dans la vie de la cité, en lien avec le lieu d'implantation de la pension de famille, les transports en commun à proximité, la disposition d'un véhicule personnel ou encore une perte d'autonomie : activités ou sorties réalisées, seul ou en groupe, moyens d'effectuer ses courses, activité professionnelle ou de formation ;
- ✓ l'autonomie des personnes et l'accompagnement proposé, à savoir les accompagnements et besoins pour toutes les démarches de la vie courante : courses, loisirs, démarches administratives, aide au logement, recherche d'emploi, activité professionnelle, vote électoral ;
- ✓ le recours médical des personnes : évaluation de leur santé, de leur alimentation, existence d'un médecin traitant, suivis médicaux mis en œuvre, réalisation d'un bilan de santé, difficultés éventuelles rencontrées ;
- ✓ l'accompagnement à la santé : intervention de services particuliers au domicile, prise des rendez-vous médicaux, des médicaments, réponses, orientations et accompagnements proposés par l'hôte ;
- ✓ les impacts de la vie en collectivité sur la santé, notamment en termes nourriture et de sommeil, avec les impacts potentiels du bruit, du respect de l'intimité, des horaires, du rythme des journées, etc. ;
- ✓ le projet de vie en termes de logement : souhait de la personne, à court et long terme, de rester à la pension de famille ou d'accéder à un autre type de logement, accompagnements éventuels proposés.

Le guide d'entretien individuel avec les hôtes est également constitué de grandes thématiques, qui sont les suivantes :

- ✓ les professionnels au sein de la pension de famille : formation et parcours de l'hôte, autres salariés intervenant au sein de la structure, présence d'autres dispositifs d'accueil ou d'hébergement sur le même site ou à proximité, parcours d'admission des résidents, critères éventuels posés par la pension de famille, etc. ;
- ✓ la pension de famille : adaptation de la configuration intérieure aux besoins des résidents, activités proposées, co-construction éventuelle et objectifs de ces activités, temps d'échanges individuels et collectifs avec les résidents, ajustements réalisés

suite à ces temps d'échanges, changements repérés comme nécessaires mais n'ayant pas pu aboutir ;

- ✓ l'intégration dans la vie de la cité : adéquation du lieu d'implantation de la pension de famille avec les besoins des résidents et impacts sur le travail quotidien de l'hôte, accompagnements proposés, partenariats spécifiques avec les professionnels du logement, partenariats avec des acteurs locaux pour les projets d'animation et d'accompagnement internes et externes, intervention de bénévoles au sein de la pension de famille ;
- ✓ la santé des pensionnaires : accompagnement au parcours de santé des résidents, temps de prévention effectués, à l'intérieur ou à l'extérieur de la pension de famille, coordination et planification des rendez-vous médicaux des résidents, interventions autour des questions d'hygiène, partenariats avec des acteurs de santé locaux, interrogations nouvelles posées par l'avancée en âge des résidents dans l'organisation, confrontation, formation et soutiens relatifs à la gestion de la fin de vie.

4. Les entretiens menés

Suite à la construction des outils méthodologiques, à savoir le panel de 10 pensions de famille et les trois trames d'entretien, l'équipe de recherche a réalisé divers entretiens, sur la base du volontariat :

- Auprès d'un **collectif de résidents**. Selon les structures, la mobilisation a été variable et les entretiens collectifs ont regroupé de 2 à 13 personnes. Chaque entretien a duré en moyenne 45 minutes.
- Auprès du ou des hôtes. Au total, **16 professionnels intervenant au sein des pensions de famille** ont été interrogés. Les plus souvent, les professionnels d'une même structure ont été interrogés ensemble. Chaque entretien a duré en moyenne 1 heure et 5 minutes.
- En individuel, auprès de pensionnaires. Selon les structures, entre 2 et 6 personnes ont été interrogées individuellement, avec un total de **38 entretiens individuels avec des résidents**. Chaque entretien a duré en moyenne 35 minutes.

Le travail d'analyse des entretiens a été élaboré à partir des grandes catégories suivantes :

- Organisation de la pension de famille
- Caractéristiques des résidents
- Logement des résidents

- Vie sociale des résidents
- Santé des résidents

Chacune de ces grandes catégories a été déclinée en sous-catégories d'analyse :

Organisation de la pension de famille

Professionnels intervenant au sein de la pension de famille

Organisation de l'association / Autre(s) structure(s) présente(s) sur le même site

Fonctionnement et entretien des lieux collectifs

Accessibilité de la pension de famille (bâtiment)

Lieu d'implantation de la pension de famille (transports, commerces...)

Temps d'échange et d'expression individuels et collectifs (sujets, changements proposés...)

Caractéristiques des résidents

Sexe

Âge

Durée de présence à la pension de famille

Ressources

Admission et caractéristiques des personnes

Logement des résidents

Taille et fonctionnalité des logements

Accès du logement par des professionnels (espace privé)

Entretien et propreté des logements

Accompagnement et projet de vie (en termes de logement)

Partenariats (avec des bailleurs sociaux par exemple)

Besoins

Vie sociale des résidents

Accueil d'invités au sein du logement (fonctionnement général et pratiques du résident)

Vie en collectivité

Activités proposées par la pension de famille (construction, participation, problèmes d'adaptation, freins à la participation...)

Activités extérieures réalisées (seuls ou identification des besoins d'accompagnement)

Organisation des courses et des repas (individuelle et collective)

Démarches administratives et tutelles

Emploi, formation

Santé des résidents

Alimentation et sommeil

Problèmes de santé

Accompagnements actuels et suivi médical (médecin, dentiste, infirmier, Ssiad...)

Prise des rendez-vous médicaux et des médicaments

Partenariats sanitaires

Temps de prévention organisés

Besoins médicaux non pourvus

Problèmes posés par l'avancée en âge, la perte d'autonomie

Gestion de la fin de vie

II- ENTREES ET SORTIES DES RESIDENTS

Les rapports d'activité des pensions de famille font apparaître que, sur la période étudiée (2014 ou 2015), 516 personnes ont été logées dans l'une des structures picardes, occupant l'une des 460 places disponibles. **Le taux d'occupation de ces structures est relativement important.** Cette information n'est pas toujours disponible au sein des rapports d'activité mais, lorsqu'elle est précisée, le taux d'occupation des pensions de famille est toujours supérieur à 83 %. Dans la majorité des cas, ce taux est compris entre 95 % et 100 % ; il est inférieur dans les structures où il y a eu de nombreux mouvements – entrées et sorties – au cours de l'année.

1. L'arrivée des résidents : une orientation du SIAO

A. LES PROFESSIONNELS SOUHAITENT UNE DIVERSITE DES PROFILS DES RESIDENTS

Suite à une circulaire datant, du 8 avril 2010, un Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO) a été créé dans chaque département. Dans ses missions de régulation des orientations, « *le SIAO a vocation, sous l'autorité de l'État, à disposer d'une vision exhaustive du parc d'hébergement d'urgence, de stabilisation, d'insertion et de tout ou partie du parc de logement de transition* », à recevoir les demandes de prise en charge et à orienter les personnes vers la solution d'hébergement ou de logement la plus adaptée. Les pensions de famille sont incluses dans ce dispositif, les SIAO devant notamment « *identifier et orienter les personnes ayant besoin d'un logement de transition ou adapté : formule intermédiaire entre hébergement et logement banal (résidences sociales dont maisons relais, logements en intermédiation locative...)* ». Ainsi, toutes les orientations vers une pension de famille de Picardie passent dorénavant par le SIAO d'Amiens, de Beauvais ou de Laon.

Cependant, la circulaire précise également : « *L'opérateur [le SIAO] est chargé d'organiser le processus d'attribution des places disponibles dans tous les hébergements, au bénéfice des demandeurs recensés. Formellement, l'opérateur désigne à chaque structure d'hébergement les ménages qu'elle accueille. La règle est que les responsables d'établissement ne choisissent plus eux-mêmes les personnes hébergées, qui seront orientées par l'opérateur en charge de cette mission, ce qui n'exclut pas une possibilité de « refus » argumenté et doit se faire dans le respect du projet d'établissement (notamment en termes de public accueilli)* ». Ainsi, les professionnels des pensions de famille ont une certaine latitude pour accepter ou refuser la candidature d'une personne.

Excepté quelques cas particulier⁹, les dossiers des candidats sont préalablement adressés par le SIAO à la pension de famille. Le plus souvent, **une rencontre appelée "entretien de préadmission" est**

⁹ Citons notamment le cas de la pension de famille de Chauny, gérée par l'OGFM : toutes les personnes admises à la pension de famille sont des anciens condamnés pénaux préalablement pris en charge à la Ferme de

alors organisée au sein de la structure avec la personne orientée. Celle-ci peut alors refuser l'orientation proposée. De même, les responsables de la pension de famille – via parfois des commissions internes de validation des admissions – peuvent, sur justification, argumenter du refus de la personne, que ce soit suite à l'entretien de préadmission ou dès la réception du dossier de candidature.

Au cours des entretiens, les professionnels ont souligné l'importance de cette possibilité qui, même si elle est peu utilisée, leur permet de **respecter une certaine hétérogénéité des profils**. Ainsi, cet hôte qui explique que *« les demandes sont en général acceptées et, en cas de refus, un écrit argumenté est réalisé ; les motifs du refus sont généralement liés à l'âge ou au comportement en inadéquation avec le profil des autres résidents »*. Ou encore ces professionnels qui témoignent du fait que *« tous les profils ne sont pas reçus [en entretien de préadmission] car nous essayons d'équilibrer, via les entrées, en termes de sexe, d'âge et de caractéristiques »*. En effet, les hommes sont surreprésentés dans cette pension de famille et les candidatures de femmes sont donc privilégiées, afin que celles-ci ne soient pas mises à mal au sein de la structure. De même, la population est vieillissante et les admissions permettent de rajeunir le public. Enfin, concernant les caractéristiques, les professionnels déclarent ne pas souhaiter se spécialiser sur une pathologie ou un type de ressources et donc chercher à diversifier les profils.

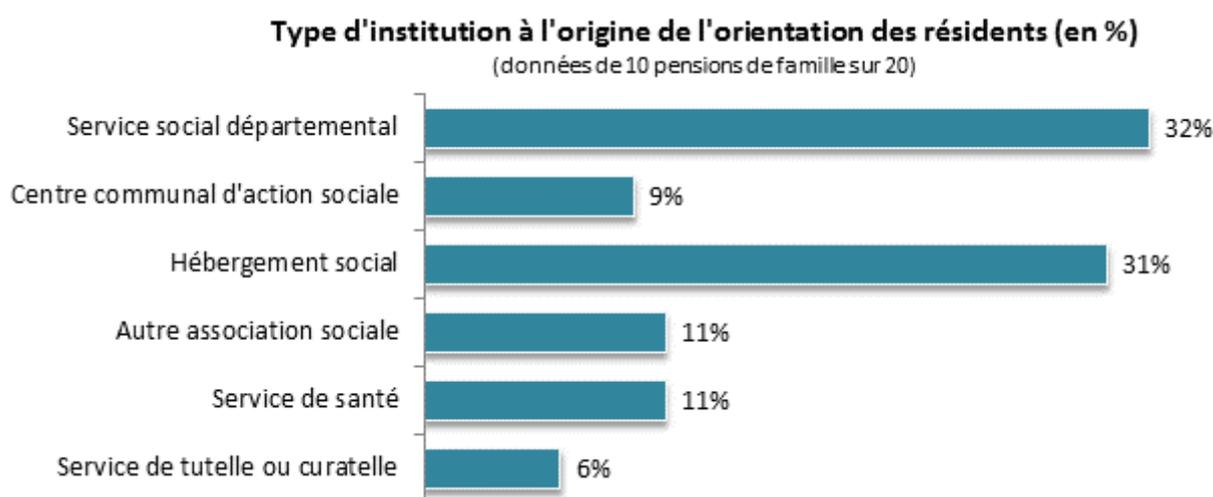
Quelques structures n'ont pas mis en place d'entretiens de préadmission. Alors qu'un des hôtes rencontrés regrette ce manque de filtre car *« ce qui est embarrassant, c'est qu'on ne connaît pas la personne »*, le rapport d'activité d'une structure ne faisant pas partie de l'échantillon précise que *« le directeur et l'animatrice sociale restent seuls décisionnaires d'intégrer ou non la personne au sein de l'établissement. Une personne peut relever de la pension de famille mais ne sera pas systématiquement acceptée si la problématique peut sembler trop lourde au regard des personnes déjà accueillies »*. Ainsi, pour une *« mixité des populations »*, cette pension de famille est vigilante à une mixité des sexes, des âges, des situations vis-à-vis de l'emploi et des problématiques personnelles.

B. LE ROLE DES PARTENAIRES SANITAIRES ET SOCIAUX DANS L'ORIENTATION ET LE PARCOURS DES RESIDENTS

Bien que les orientations en pension de famille soient proposées par le SIAO, les initiateurs des demandes déposées sont des professionnels du champ sanitaire et social. En effet, la circulaire du 8 avril 2010 précise notamment que *« les demandes peuvent être exprimées par tout travailleur social, qu'il travaille en équipe mobile, accueils de jour, hébergement d'urgence, prison, hôpital, CCAS ou services départementaux... »*.

Moyembrie et c'est l'équipe d'accompagnement de cette structure qui décide de l'admission à la pension de famille. Notons que cette prégnance de la prison est également forte à la pension de famille Les Augustins de l'Îlot. Sur l'ensemble de l'établissement (pension de famille, hébergement de stabilisation et Lits Halte Soins Sante (LHSS)), près des deux tiers des résidents sortent de prison ou bénéficient d'un aménagement de peine ; cependant seul un quart des résidents a eu une orientation directe par les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP), les dossiers transitant principalement par le SIAO.

Certains rapports d'activité précisent l'institution à l'origine de la demande d'orientation des personnes résidant en pension de famille. Parmi les 244 personnes pour lesquelles l'orientation est précisée, le SIAO est indiqué dans 13 % des cas, ce qui peut signifier une demande directe du 115 ou une demande par tout autre type d'institution. Ainsi, ce type d'orientation mis à part, pour les autres, on retrouve de nombreuses **institutions ayant une action sociale locale**, comme les services sociaux des Conseils Départementaux (32 %) ou encore les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS, 9 %). Les **associations sociales** sont également bien représentées, qu'il s'agisse d'associations proposant de l'hébergement social (31 %) de type Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) ou Centres d'Accueil d'Urgence (CAU) ou d'autres types d'associations sociales (11 %). Dans des proportions moins importantes, des personnes sont également orientées vers le SIAO par des services de santé (11 %), qu'il s'agisse de Centres Hospitaliers (CH), d'hôpitaux psychiatriques ou encore de Centres Médico-Psychologiques (CMP), ainsi que par des services de tutelle ou de curatelle (6 %).



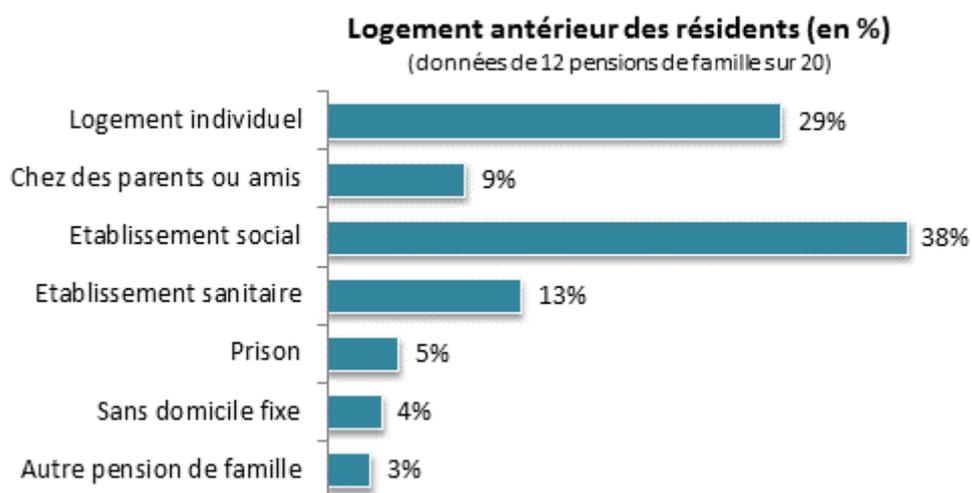
*Source : Rapports d'activité des pensions de famille de Picardie au 01/01/2015 (10 structures sur 20) –
Calculs et graphique : APRADIS Picardie*

Ces différents types d'orientation laissent déjà présager les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes qui résident en pension de famille. Par ailleurs, le type de logement au sein duquel elles résidaient donne une information supplémentaire. Celle-ci est disponible, au sein des rapports d'activité, pour 278 résidents. **La majorité d'entre eux vivait préalablement dans une structure collective** cependant, près de trois sur dix vivaient dans un logement individuel, éventuellement avec un conjoint et/ou des enfants (29 %). Par ailleurs, 9 % étaient logés chez un membre de leur famille ou bien chez des amis.

Au niveau des structures collectives, la situation la plus fréquente est celle d'un hébergement au sein d'un établissement social (CHRS, CAU, CADA, etc.) qui concerne 38 % des résidents des pensions de famille. Précisons que, les personnes vivant précédemment à la rue passent préalablement par ce type de structure avant d'intégrer une pension de famille. Bien qu'elles soient trois fois moins nombreuses, les personnes en établissement sanitaire représentent tout de même 13 % des résidents. Cette catégorie regroupe différents types de structures : hôpital, centre de convalescence,

CHI de Clermont (Centre Hospitalier Interdépartemental), Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT), foyer clinique, foyer thérapeutique ou encore LHSS (Lits Halte Soins Santé).

Quelques autres lieux de vie sont également représentés. Ainsi, 5 % des résidents étaient préalablement en prison. Ceci est dû notamment à l'existence de deux pensions de famille destinées spécifiquement aux sortants de prison. Par ailleurs, 4 % des résidents n'avaient pas de logement fixe et vivaient à l'hôtel, dans leur voiture, une caravane ou encore dans un camping. Enfin, quelques personnes (3 %) résidaient dans une autre pension de famille et ont été réorientées. Il s'agit le plus souvent de se rapprocher d'un lieu de vie antérieur, d'un lieu de travail ou de membres de la famille.



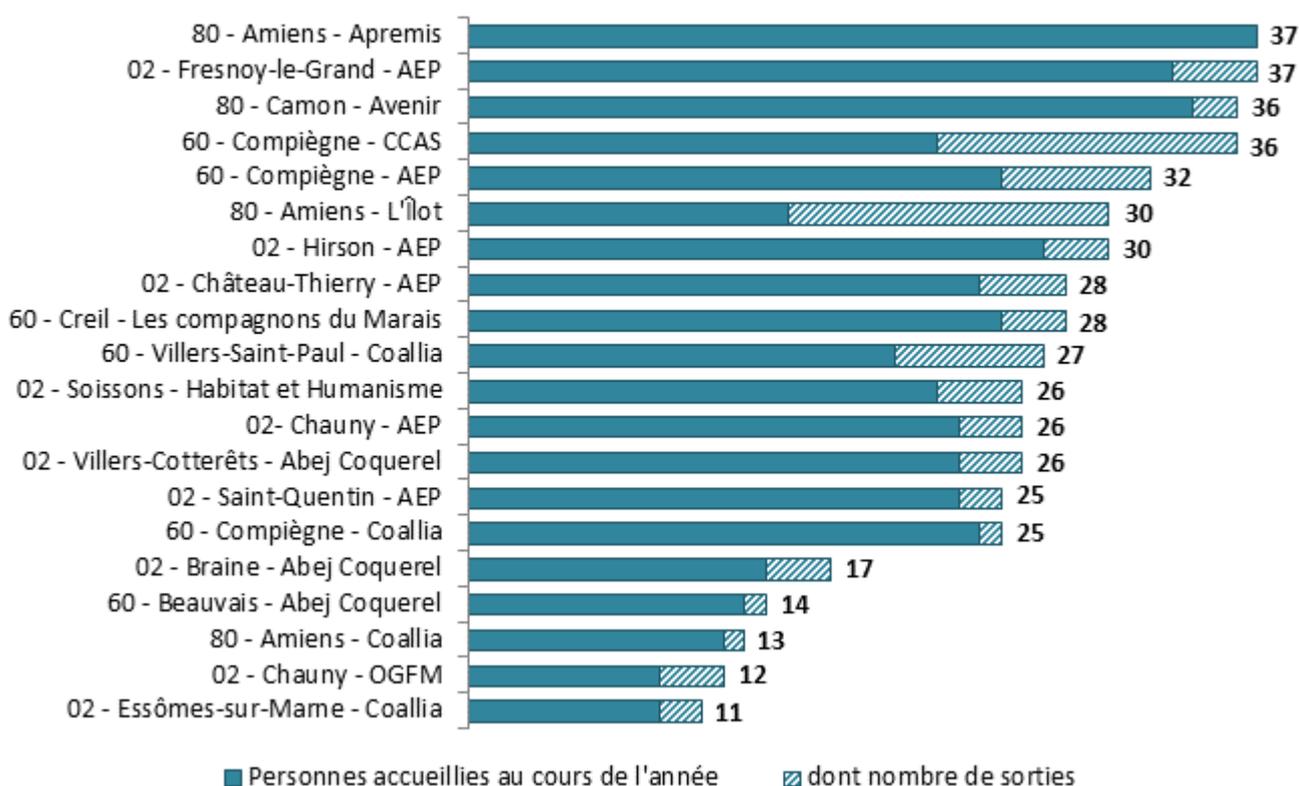
Source : Rapports d'activité des pensions de famille de Picardie au 01/01/2015 (12 structures sur 20) – Calculs et graphique : APRADIS Picardie

La répartition des lieux de vie antérieurs des résidents rencontrés en entretien individuel est similaire à celle observée via les rapports d'activité. Lorsque les personnes étaient précédemment hébergées dans un établissement social, il s'agit presque toujours d'une structure rattachée à la pension de famille et faisant partie de la même association gestionnaire. Ainsi, en entrant en pension de famille, certaines personnes ne changent pas de lieu de vie. Un enquêteur nous a même précisé que, lors de son passage du CHRS à la pension de famille, il avait gardé le même logement ; seul son statut a changé. Bien que ces situations permettent une certaine stabilité, il peut être difficile pour les personnes de faire la différence entre les deux types d'accompagnement.

2. Un résident sur six quitte son logement au cours de l'année

D'une manière générale, les mouvements sont peu nombreux au sein des pensions de famille : au total, sur la période étudiée, 82 personnes ont quitté leur logement, soit 16 % des résidents. Dans la moitié des structures, le nombre de sortants est inférieur ou égal à 3, mais dans deux structures le nombre de personnes sorties est de 14 et 15. Ainsi, **le taux de sortie varie de 0 % à 50 % des résidents.**

Nombre de personnes accueillies en pension de famille et nombre de sorties au cours d'une année (2014 ou 2015)



Source : Rapports d'activité des pensions de famille de Picardie au 01/01/2015 – Calculs et graphique : APRADIS Picardie

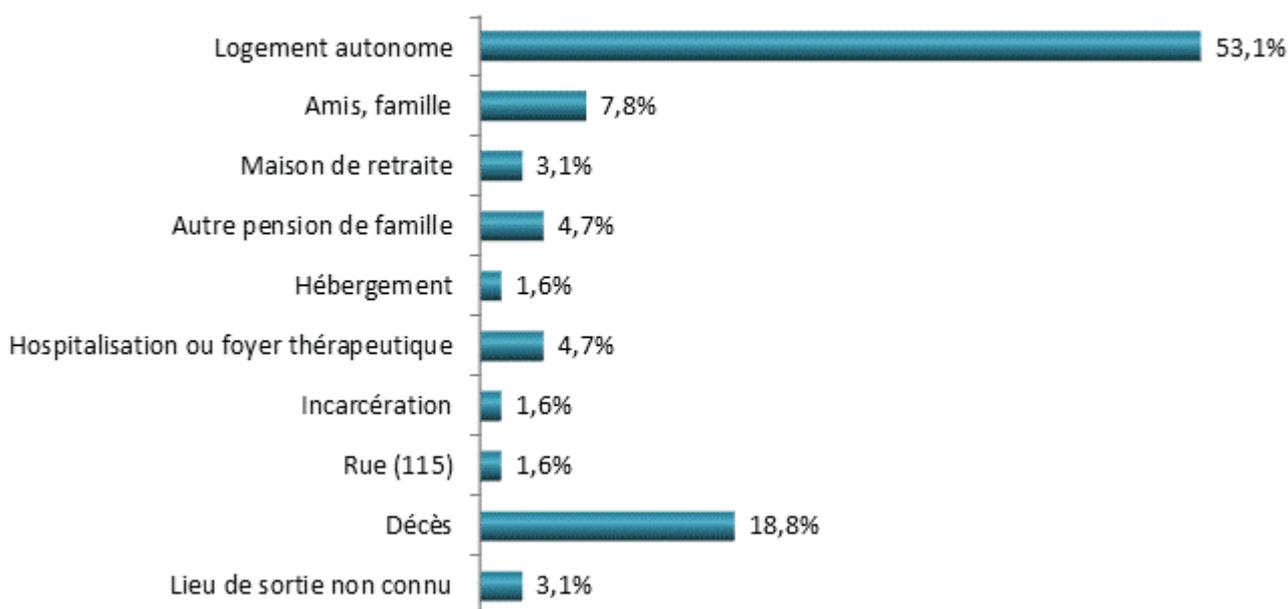
A. DE NOMBREUSES SORTIES POSITIVES, MAIS EGALEMENT BEAUCOUP DE DECES

Par ailleurs, au cours de la période étudiée, plus de la moitié des pensions de famille a été confrontée à au moins un décès au cours de l'année¹⁰. **Près d'une place sur cinq qui se libère est due au décès de l'un des résidents** (18,8 %). Les décès constituent le deuxième motif de sortie le plus important,

¹⁰ Les motifs de sortie sont précisés dans les documents de toutes les pensions de famille de l'Aisne et de l'Oise, soit 16 structures sur les 20 picardes. Parmi elles, 9 ont été confrontées à au moins un décès au cours de l'année (56,3 %), certaines ayant été confrontées à deux, voire trois décès dans l'année. En outre, les informations de ces 16 pensions de famille permettent de connaître les motifs de sortie de 64 résidents, sur les 82 ayant quitté l'une des pensions de famille de Picardie.

après l'accession à un logement autonome. Cette donnée est importante : **plus de la moitié des personnes qui quitte une pension de famille intègre un logement autonome**. Quelques-uns partent habiter chez des amis ou de la famille (7,8 %), en maison de retraite (3,1 %) ou encore dans une autre pension de famille, notamment pour des questions de localisation (4,7 %). Par ailleurs, hormis les décès, d'autres sorties sont moins positives, les personnes (ré-)intégrant un hébergement, le milieu hospitalier, la prison ou encore la rue (9,4 % des sorties).

Répartition des motifs de sortie des pensions de famille en 2014 ou 2015 (%)



*Source : Rapports d'activité des pensions de famille de Picardie au 01/01/2015 (16 structures sur 20) –
Calculs et graphique : APRADIS Picardie*

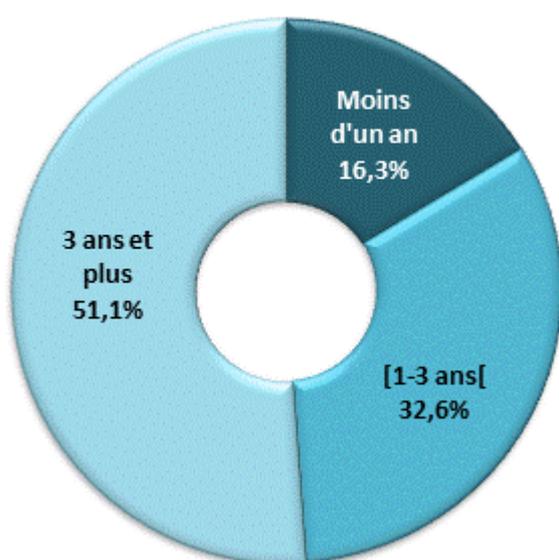
Au total, **deux-tiers des sorties sont positives**, c'est-à-dire que les résidents ont emménagé dans un logement autonome, chez des amis ou de la famille ou ont été orientées vers une maison de retraite. Ce taux atteint même 87 % en excluant les départs vers une autre pension de famille ainsi que les décès. En effet, les orientations vers une autre pension de famille ne peuvent pas être considérées comme des échecs, l'accompagnement perdurant dans une autre structure. De même, il est difficile de considérer les décès comme des échecs d'accompagnement étant donné qu'une majorité des résidents déclare souhaiter terminer sa vie à la pension de famille (*cf. infra*).

Précisons également que les questionnaires établis par la DDCS de l'Aisne permettent de connaître les sorties qui sont dues à une exclusion. Ainsi, sur les 31 sorties ayant eu lieu dans ce département en 2015, 6 sont des exclusions (soit 19 % des sorties). Les résidents partent alors vers un logement autonome (2), à l'hôpital ou en foyer thérapeutique (2), dans de la famille (1) ou à la rue (1).

B. DES RESIDENTS EN PENSION DE FAMILLE DEPUIS PLUSIEURS ANNEES

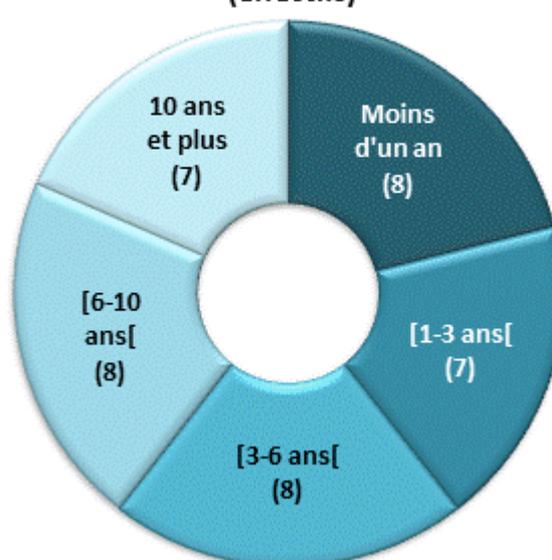
D'après les rapports d'activité au sein desquels cette information est précisée, **plus de la moitié des résidents occupe un logement au sein de la pension de famille depuis plus de trois années** (51,1 %). Inversement, et en lien avec les mouvements de population observés précédemment, les personnes présentes depuis moins d'un an sont peu nombreuses (16,3 %). En outre, des durées de présence très longues se cachent derrière la modalité « 3 ans et plus ». En effet, quelques rapports d'activité (3) détaillent les années de présence des résidents et, dans ce cas, sur dix résidents présents depuis plus de trois ans, six le sont depuis plus de six années.

Durée de présence des résidents à la pension de famille (en %)
(données de 13 pensions de famille sur 20)



Source : Rapports d'activité des pensions de famille de Picardie au 01/01/2015 (13 structures sur 20) – Calculs et graphique : APRADIS Picardie

Entretiens : durée de présence des résidents à la pension de famille (effectifs)



Source : Entretiens individuels réalisés auprès de 38 résidents – APRADIS Picardie

Au niveau des entretiens réalisés, les personnes rencontrées sont présentes à la pension de famille depuis, en moyenne, 4,9 ans. Là encore, cette moyenne témoigne de fortes disparités, avec environ un cinquième des personnes présentes dans chaque catégorie : depuis moins d'une année et entre un et trois ans, mais également un cinquième entre trois et six ans, entre six et dix ans et depuis dix ans ou plus.

C. DIFFICULTES A SE PROJETER EN DEHORS DE LA PENSION DE FAMILLE

Selon les pensions de famille, la question de la sortie et du logement se pose différemment. Dans certaines structures, les professionnels considèrent que, étant locataires, **les personnes sont libres de choisir le moment où elles souhaiteront quitter la pension de famille** et il n'y a pas à intervenir

pour les inciter à partir. De plus, ils estiment que « *les gens ont été ballotés et à la pension de famille, ils se posent. On ne leur met donc pas la pression, la seule limite étant celle du maintien à domicile* ». Ainsi, la question d'un domicile en milieu diffus n'est pas spécifiquement travaillée, le seul accompagnement proposé étant éventuellement une aide pour trouver un logement et/ou pour déménager.

À l'inverse, dans d'autres structures, un point sur la question du logement est fait régulièrement, les professionnels estimant que **leur travail est d'accompagner les résidents vers l'autonomie et que l'autonomie résidentielle fait partie de cet accompagnement**. La pension de famille « *est avant tout prévue pour des personnes souhaitant obtenir un logement autonome par la suite* » ; « *nous les préparons à la sortie car la pension de famille n'est pas une fin en soi ; il faut toujours qu'ils aient dans l'idée qu'ils auront un autre lieu de vie* ». Ainsi, sans pousser les personnes vers la sortie, un bilan annuel ou semestriel va être l'occasion d'évoquer la question du logement – entre autres sujets – et de mettre en place les accompagnements nécessaires à un départ.

Rappelons que la circulaire régissant les pensions de famille (n° 2002-595) précise clairement qu'« *il est important de rappeler que la maison relais ne s'inscrit pas dans une logique de logement temporaire mais bien d'habitat durable, sans limitation de durée* ». Cependant, cela n'entre pas forcément en contradiction avec le fait de travailler la question d'un accompagnement vers un logement autonome. Les textes n'apportant de précision sur cet accompagnement potentiel, il est en effet possible pour les hôtes d'en faire trop, en ayant l'air de pousser les résidents vers la sortie, ou pas assez, en n'abordant pas du tout cette question.

Du côté des résidents, indépendamment de leur durée de présence à la pension de famille ou de leur âge, **près de la moitié des personnes rencontrées au cours des entretiens souhaite rester vivre au sein de la pension de famille** « *le plus longtemps possible* » ou « *y terminer [leur] vie* » (47 %). Ces résidents ne se projettent pas du tout en dehors de la pension de famille et ne se voient pas vivre ailleurs. Ils déclarent s'y sentir bien, en sécurité, bien encadrés, accompagnés, avec de nombreux services à disposition. En effet, ayant vécu le plus souvent dans des situations difficiles et des logements précaires, leur logement au sein de la pension de famille leur convient tout à fait. Ainsi, un résident déclare que « *c'est le premier foyer où je suis qui est propre* » tandis qu'un autre, ayant d'importants problèmes psychiatriques, indique : « *je suis condamné à perpétuité à l'asile psychiatrique, je suis en prison à perpétuité ; ici, je me sens libre* ». Pour ces résidents, il est difficile de s'imaginer vivre dans un logement autonome, voire tout simplement dans un autre logement. La question de la collectivité semble importante pour eux : ne pas vivre seul les rassure. Pour les plus âgés, le passage en maison de retraite ou en établissement pour personnes âgées est également difficilement envisageable. Lorsque, éventuellement, ils l'évoquent, c'est uniquement en dernier recours, au cas où leur degré d'autonomie ne leur permettait plus du tout de rester vivre à la pension de famille, même avec un accompagnement à domicile adapté.

Pour l'autre moitié des résidents, s'ils souhaitent quitter un jour la pension de famille, **rare sont ceux pour lesquels ce projet de départ prend des allures un tant soit peu concrètes**. Ainsi, seules six personnes expriment un désir imminent de quitter la pension de famille : trois d'entre elles ont déjà commencé à effectuer quelques démarches (regarder les annonces immobilières, visiter des maisons

de retraite, collecter du mobilier, etc.), tandis que, pour les trois autres, si elles expriment leur souhait de partir de manière impérieuse, elles ne se sentent pas soutenues par les professionnels de la pension de famille, ces derniers estimant qu'elles ne sont pas encore prêtes à vivre en autonomie. Tous les autres résidents font eux-mêmes l'analyse de leur incapacité actuelle à vivre seuls, que ce soit pour des raisons financières, à cause de pathologies psychiatriques ou des problèmes de santé, ou encore pour la sécurité qu'apporte la vie en collectivité.

Ces situations témoignent d'ores-et-déjà de certaines caractéristiques particulières des personnes logées en pension de famille. Celles-ci sont détaillées dans la partie suivante, notamment à partir des rapports d'activité des structures qui sont riches d'enseignement.

III- CARACTERISTIQUES DES RESIDENTS

Les rapports d'activité des pensions de famille de Picardie ainsi que les entretiens réalisés au sein des pensions de famille du panel d'étude permettent de connaître de façon précise les caractéristiques des résidents. Ainsi, cette partie met en avant les caractéristiques sociodémographiques des résidents, mais aussi leur situation familiale et sociale, professionnelle et financière, ainsi que sanitaire.

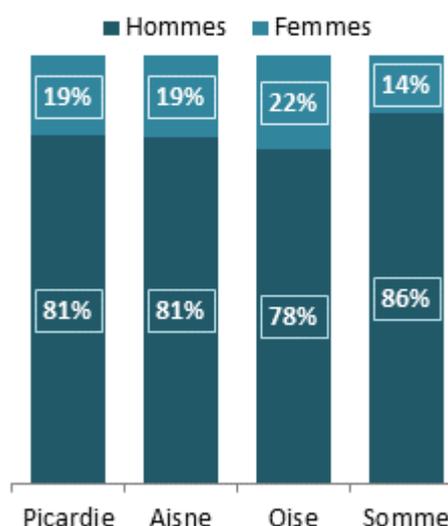
1. Profil sociodémographique

A. ESSENTIELLEMENT DES HOMMES

Les pensions de famille accueillent en grande majorité des hommes : c'est le cas de plus de quatre cinquièmes des résidents en Picardie (81 %). Cette surreprésentation masculine est encore plus vraie dans le département de la Somme (86 %), du fait que, sur les quatre pensions de famille existant début 2015, deux accueillent uniquement des hommes (Les Augustins à Amiens et Pierre Billard à Camon). Cette configuration existe également dans deux structures dans l'Aisne (celle d'Essômes-sur-Marne et celle de Chauny gérée par la ferme de Moyembrie) ; cependant, huit autres sont mixtes. Enfin, dans l'Oise, il y a une mixité dans toutes les pensions de famille, et pourtant la proportion d'hommes reste élevée (78 %).

Cette prédominance des hommes se retrouve dans les entretiens réalisés : sur 38 entretiens individuels avec les résidents, l'équipe de l'APRADIS Picardie a interrogé 27 hommes et 11 femmes, soit 71 % d'hommes. Les femmes étaient un petit peu plus souvent volontaire pour partager leur expérience de vie.

Répartition par sexe des résidents, selon le département (en %)

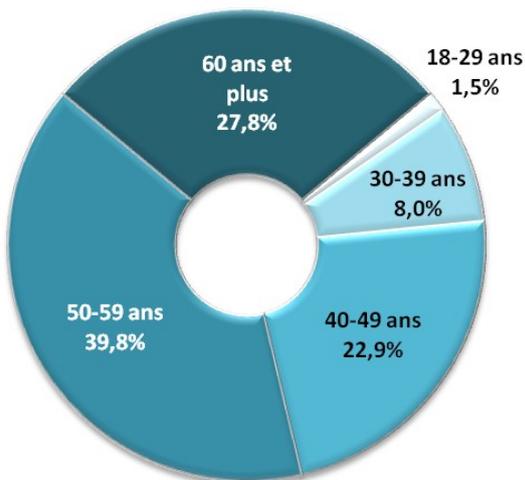


Source : Rapports d'activité des pensions de famille de Picardie au 01/01/2015 – Calculs et graphique : APRADIS Picardie

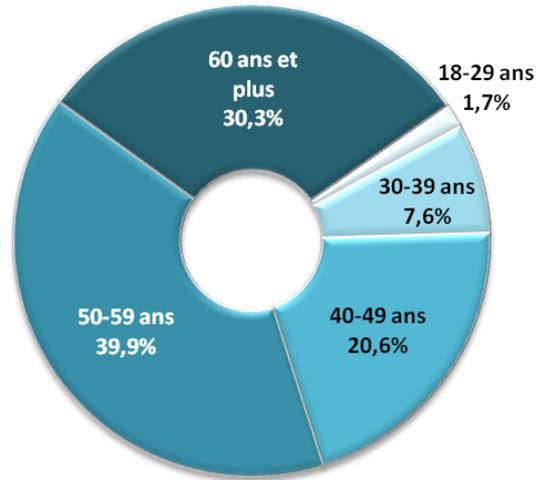
B. DEUX-TIERS DES RESIDENTS ONT PLUS DE 50 ANS

Par ailleurs, l'âge des résidents est relativement élevé. En effet, les moins de 50 ans représentent moins d'un tiers des personnes logées en pension de famille (32,4 %), seule une personne sur dix a moins de 40 ans (9,5 %) et il n'y a quasiment pas de moins de 30 ans (1,5 %). Au total, **les deux-tiers des résidents ont plus de 50 ans** et les plus de 60 ans représentent même plus du quart de la population (27,8 %).

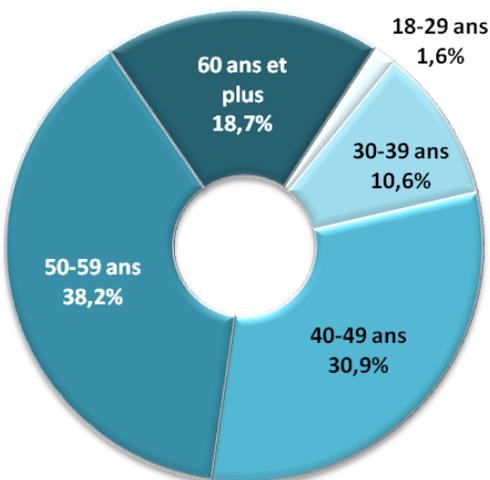
Répartition par âge des résidents
(en %)



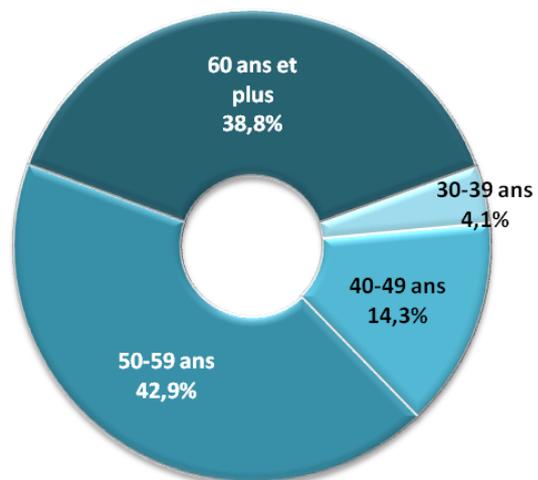
Répartition par âge - Aisne (en %)
(données des 10 pensions de famille)



Répartition par âge - Oise (en %)
(données de 5 pensions de famille sur 6)



Répartition par âge - Somme (en %)
(données de 2 pensions de famille sur 4)



*Source : Rapports d'activité des pensions de famille de Picardie au 01/01/2015 (17 structures sur 20) –
Calculs et graphiques : APRADIS Picardie*

Là encore, des différences s'observent selon le département et l'âge des personnes accompagnées est différent dans l'Aisne, l'Oise ou la Somme. L'Oise est de nouveau le département où les profils par âge sont les plus diversifiés, avec une part des moins de 50 ans (43,1 %) se rapprochant de la part des plus de 50 ans (56,9 %). Par ailleurs, la proportion de personnes de plus de 60 ans y est deux fois plus faible que dans la Somme (18,7 % contre 38,8 %). Bien que, dans ce département, les données par âge sont précisées dans seulement la moitié des structures (Louise Michel à Amiens et Pierre Billard à Camon), la part des résidents âgés de plus de 50 ans est extrêmement élevée (81,6 % contre 70,2 % dans l'Aisne et 56,9 % dans l'Oise). Ainsi, les problématiques d'avancée en âge seront différentes selon le département. Elles le seront également selon la structure, la proportion de plus de 60 ans variant de 9 % dans une pension de famille de l'Oise à 48 % dans une pension de famille de l'Aisne, soit près de la moitié des résidents.

Les personnes interrogées lors des entretiens individuels ont quant à elles en moyenne 55,4 ans, avec une variation allant de 35 ans à 73 ans. Les plus de 60 ans représentent 37 % des enquêtés et les plus de 50 ans 71 %.

L'écart entre l'âge observé des résidents et leur âge réel est parfois très surprenant. En effet, du fait de leur parcours de vie, les personnes sont très marquées physiquement et, la plupart du temps, elles font plus, voire beaucoup plus que leur âge. Ainsi, ce résident que les enquêteurs ont sollicité pour participer à un entretien individuel du fait de son âge et de sa perte d'autonomie visible : suite à l'entretien collectif, les enquêteurs estimaient son âge à environ 85 ans ; en entretien individuel, il s'est avéré qu'il avait seulement 66 ans. Cependant, ses problèmes de perte d'autonomie se sont avérés bien réels.

D'autre part, si plus du quart de la population accueillie en pension de famille a plus de 60 ans, ce chiffre cache une réalité très variée. En effet, **plusieurs structures accueillent des personnes de plus de 90 ans.** Ainsi, au sein des pensions de famille rencontrées, la doyenne est âgée de 95 ans.

2. Vie familiale et sociale

A. LIENS FAMILIAUX : DES RELATIONS RARES, VOIRE INEXISTANTES

La question de la situation familiale des résidents est rarement abordée dans les rapports d'activité des pensions de famille. Ainsi, seules six structures précisent la situation de couple des personnes accueillies : sur 143 résidents, seuls 13 sont en couple (soit 9 %). Pour 12 d'entre eux, il s'agit de personnes logées en pension de famille avec leur conjoint (six couples accueillis dans trois structures différentes), tandis que la dernière personne concernée est en couple avec une personne résidant à l'extérieur de la pension de famille.

L'existence éventuelle d'enfants est quant à elle précisée dans seulement deux rapports d'activité et, sur les 40 résidents concernés, 24 sont parents (soit 60 %). Par ailleurs, deux rapports précisent

également si les personnes ont des liens avec les membres de leur famille et, sur les 41 résidents concernés, 29 ont des liens familiaux (soit 71 %).

Le discours des personnes rencontrées en entretien fait apparaître une vie familiale beaucoup moins riche que celle issue de ces quelques rapports d'activité. En effet, parmi les 38 résidents interrogés, seuls deux femmes et un homme ont déclaré avoir « *un ami* », « *une copine* » ou encore « *une vie amoureuse* ». À l'inverse l'absence de relation avec un conjoint apparaît comme une problématique importante, notamment pour les hommes qui souhaiteraient « *avoir une petite amie* », qui n'ont « *pas envie de finir vieux garçon* » ou encore qui regrettent de ne pas pouvoir recevoir de femme de leur chambre. En revanche, il n'est pas rare que les résidents aient connu antérieurement des périodes de vie en couple. Cependant, les entretiens n'ayant pas pour objectif de retracer des parcours de vie, il est difficile d'évaluer la fréquence de cette situation avec précision.

De même, il est probable que certains enquêtés, n'ayant plus de contacts avec leurs enfants, n'aient pas évoqué leur existence au cours de l'entretien. En effet, la proportion d'enquêtés ayant des enfants est bien inférieure à celle repérée via les deux rapports d'activité¹¹ : sur 38 personnes, seuls 6 hommes et 6 femmes ont parlé aux enquêteurs de leurs enfants (soit 32 % des enquêtés). La moitié des hommes a déclaré ne plus avoir aucun contact avec ces derniers, ce qui vient corroborer l'hypothèse précédente entre l'absence de liens et le traitement de cette question. Du côté des femmes, quatre ont précisé, au cours de l'entretien, que leurs enfants étaient ou avaient été placés dans un foyer de protection de l'enfance durant leur minorité, tandis que la fille d'une autre pensionnaire est prise en charge par sa sœur depuis des années. Les résidents des pensions de famille ont donc très peu de liens familiaux avec des descendants.

Concernant les ascendants ou les frères et sœurs, les liens ne sont guère plus fréquents. Quelques-uns ont signifié ne plus avoir de famille, ou ne pas la connaître, tandis que la majorité n'a évoqué aucun membre de sa famille tout au long de l'entretien. Au total, **seuls 37 % ont déclaré avoir des contacts avec des membres de leur famille et ces contacts sont plus ou moins réguliers**. Ainsi, cet homme d'une cinquantaine d'années qui réside à la pension de famille depuis quatre ans et déclare voir régulièrement ses deux sœurs qui habitent dans une région voisine ; dans la suite de l'entretien, il s'avérera qu'il ne se déplace pas sur des trajets aussi longs et que ses sœurs lui ont rendu visite une seule fois depuis son emménagement. À l'inverse, cet autre résident, d'une quarantaine d'année, voit ses parents presque tous les jours, ces derniers lui rendant visite et lui faisant son ménage, ses repas, etc. Par ailleurs, rares sont les résidents qui rendent eux-mêmes visite à des membres de leur famille, soit par manque d'argent, soit parce qu'ils sont en incapacité de s'orienter seuls dans les transports en commun.

¹¹ Il est également possible que les deux pensions de famille précisant cette information dans leurs rapports d'activité ne soient pas représentatives de l'ensemble des structures sur ce point.

B. DES LIENS SOCIAUX RESTREINTS

Au total, seuls 13 résidents ont indiqué recevoir la visite de certains membres de leur famille au sein de leur logement, soit un tiers des personnes rencontrées. En outre, ces liens sont plus ou moins fréquents : parmi les 11 personnes ayant précisé la fréquence des rencontres, les visites sont "rares" pour 3 d'entre elles, "occasionnelles" pour 3 autres et "régulières" pour seulement 5 résidents. Par ailleurs, 7 personnes ont déclaré recevoir des amis extérieurs au sein de la pension de famille. Quelques-unes ont une vie sociale assez riche et des liens importants avec à la fois des membres de leur famille et des amis, mais ces situations sont rares et **plus de la moitié des résidents rencontrés ne reçoit jamais aucune visite à la pension de famille** (20 sur 38).

Deux résidents déclarent que cette situation est un choix et qu'ils ne souhaitent pas recevoir d'amis au sein de la pension de famille. Pour une autre résidente, c'est sa famille qui n'aime pas venir lui rendre visite dans la structure et préfère la voir à l'extérieur. Enfin, un résident a des difficultés à investir sa « chambre » comme un logement personnel : « *je ne reçois personne dans ma chambre, mais parfois j'offre un café dans la pièce de vie collective à un couple d'amis* », tandis qu'un autre déclare que ses amis n'ont « *pas le droit* » de venir à la pension de famille. Cette question sera abordée dans la partie traitant de l'organisation des pensions de famille, les règlements intérieurs étant parfois vécus différemment selon les personnes.

La moitié des résidents rencontrés en entretien individuel (19) n'a aucune activité sociale, en dehors de la pension de famille, leur permettant de rencontrer des personnes extérieures, autres que les résidents ou les professionnels de la structure. Pour les autres, il s'agit uniquement de relations familiales ayant lieu hors de la pension de famille pour quatre d'entre eux et d'activités sociales proposées par une association partenaire, comme un CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel), pour deux autres résidents qui s'y rendent seuls. Reste donc **un tiers des enquêtés (13) ayant des relations sociales autres que des relations familiales ou en lien avec leur lieu de vie**. Ces activités consistent essentiellement à voir des amis, que ce soit dans des lieux publics (cafés, parcs, etc.) ou au domicile de leurs amis, ces derniers résidant parfois dans une structure sociale de type CHRS. En outre, trois résidents ont une activité professionnelle leur permettant de rencontrer diverses personnes et trois autres sont investis dans des activités bénévoles pour des associations sociales ou caritatives. L'investissement de ces trois personnes semble important, autant en durée qu'en investissement personnel, et elles sont fières de pouvoir échanger sur cette expérience qui témoigne à la fois leur autonomie et leur utilité sociale.

Parmi les 19 personnes n'ayant aucune activité sociale en dehors de la pension de famille, 7 ont tout de même des activités solitaires et aiment se balader, aller boire un café ou voir un film, la plupart du temps seuls, parfois avec un autre résident. D'une manière générale, qu'ils aient des activités sociales ou non, les enquêtés ayant exprimé leur besoin de marcher, de préférence dans la nature ou dans un parc, est très important. Concernant les **12 personnes n'ayant aucune activité en dehors de la pension de famille**, la plupart semble s'en contenter. Seuls deux résidents le regrettent : par manque de mobilité et d'argent pour prendre les transports en commun, leurs activités sont très restreintes. Ils font remonter un besoin d'accompagnement individualisé, en lien avec leur perte d'autonomie.

3. Situation professionnelle et financière

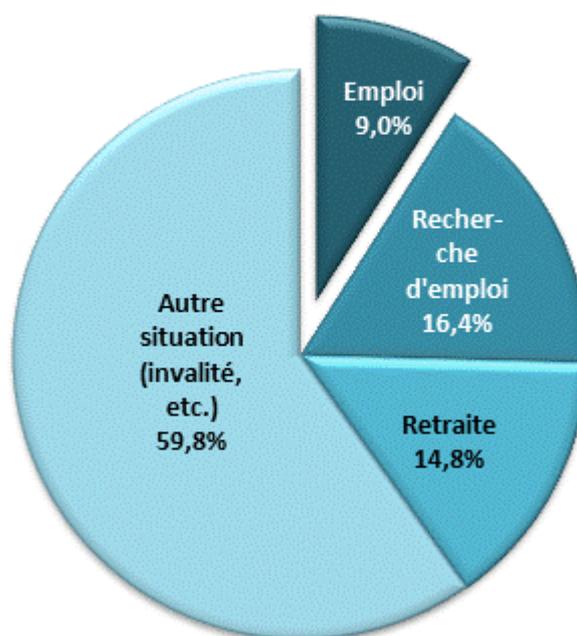
A. TRES PEU DE RESIDENTS EN EMPLOI

Au sein des pensions de famille, les résidents exerçant une activité professionnelle sont peu nombreux. Cette donnée figure rarement dans les rapports d'activité des structures, cependant, au sein des cinq pensions de famille pour lesquelles cette information est précisée, seuls 9 % des résidents ont un emploi. Les autres sont soit à la recherche d'un emploi (16,4 %), soit à la retraite (14,8 %), mais surtout, **ils se trouvent majoritairement dans l'incapacité de travailler suite à une invalidité, une inaptitude de travail ou encore une dispense professionnelle.** Cette situation concerne trois résidents sur cinq. Concernant les personnes en âge et en capacité de travailler, notons également, que seul un tiers d'entre eux exerce un emploi, les autres étant au chômage.

Par ailleurs, trois structures ont précisé, dans leur rapport d'activité annuel, le niveau d'études des résidents et près des deux-tiers d'entre eux (62 %) ont un niveau inférieur au niveau V, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas de diplôme et ont, au mieux, suivi leurs études jusqu'au collège. Par ailleurs, près du quart (23 %) a un niveau CAP ou BEP et seuls 14 % ont un niveau IV ou plus, c'est-à-dire qu'ils ont été scolarisés jusqu'au baccalauréat ou jusqu'au brevet technique ou professionnel. Les diplômés du supérieur sont rares, mais ils existent, un résident ayant même un CAPES, diplôme de niveau Bac + 5¹².

Au niveau des entretiens, la répartition par activité professionnelle est relativement similaire à celle observée dans les rapports d'activité : la majorité des résidents interrogés est à la retraite ou en incapacité de travailler (25), dix recherchent un emploi et seules trois personnes travaillent. Les emplois exercés sont peu stables puisque, sur les trois personnes en emploi, une a un contrat de

Répartition des résidents par situation professionnelle (en %)
(données de 5 pensions de famille sur 20)



Source : Rapports d'activité des pensions de famille de Picardie au 01/01/2015 (5 structures sur 20) – Calculs et graphique : APRADIS Picardie

¹² CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle. BEP : Brevet d'Études Professionnelles. CAPES : Certificat d'Aptitude au Professorat de l'Enseignement du Second degré.

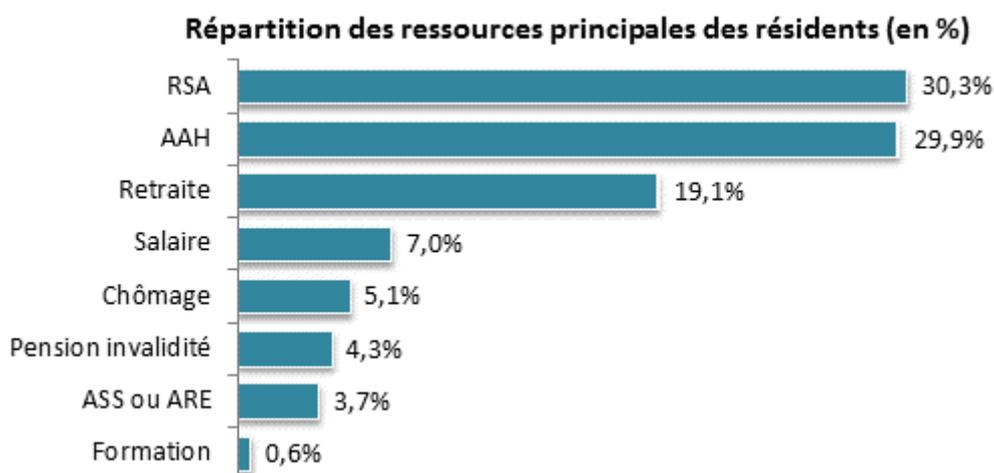
quatre mois et une autre a une activité indépendante complétée chaque mois par le RSA (Revenu de Solidarité Active). Les résidents qui ne travaillent plus suite à leur âge ou à leur incapacité de travailler ont, pour la grande majorité, déjà exercé un emploi. Mis à part quelques exceptions, il s'agit le plus souvent de métiers physiques, à l'origine de problèmes de santé.

Les dix personnes en recherche d'emploi ont, pour la plupart, déjà travaillé et déclarent souhaiter vivement reprendre une activité. Les motivations sont diverses, des résidents proches de la retraite qui ont toujours été très actifs et qui aiment avoir une occupation, « *se rendre utile* », aux résidentes ayant des enfants mineurs et qui souhaitent avant tout retrouver un emploi pour être en capacité de pouvoir retrouver la garde de leurs enfants. La moitié a une expérience dans la restauration et cherche dans ce domaine. Un enquêté est en formation lors de l'entretien et est suivi, pour sa recherche d'emploi, par le PLIE (Plan Local pour l'Insertion et l'Emploi). Quatre autres résidents souhaiteraient également avoir une formation, mais ne se sentent pas soutenus dans leurs démarches par Pôle Emploi. Ainsi, un résident a trouvé seul sa formation et monté un dossier de demande de financement ; il était en attente d'une réponse lors de l'entretien. Une autre résidente, très autonome mais ayant été éloignée du marché du travail pendant plusieurs années suite à la naissance de ses enfants, a besoin d'accompagnement pour reprendre une formation : « *je souhaite qu'on puisse m'aider, m'aiguiller dans mes démarches* ». Cependant, elle ne semble pas savoir à qui s'adresser et ne trouve pas de réponses à ses questions au sein de la pension de famille.

B. DE FAIBLES RESSOURCES

En lien avec l'exercice d'une activité professionnelle, les revenus des résidents des pensions de famille sont très rarement issus d'un salaire : d'après les rapports d'activité, c'est le cas de seulement 7 % des personnes. **Les deux types de ressources principales sont le Revenu de Solidarité Active (RSA) et l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) qui représentent chacun le revenu principal de 30 % des résidents.** Cette donnée confirme donc l'observation faite précédemment : les personnes habitant au sein d'une pension de famille sont majoritairement des personnes ayant de faibles ressources et/ou ayant des problèmes de santé invalidants. La troisième catégorie la plus fréquente concerne les personnes à la retraite, avec près d'un cinquième des résidents ayant pour principale ressource leur pension de retraite.

Tous les autres types de revenus constituent peu fréquemment la ressource principale des résidents, que ce soit un salaire (7 %), une pension d'invalidité (5,1 %), une Allocation de Solidarité Spécifique (ASS) ou une Allocation d'aide au Retour à l'Emploi (ARE) (3,7 %) ou encore le financement d'une formation (0,6 %). Au total, les personnes ayant un problème de santé assez important pour toucher principalement l'AAH ou une pension d'invalidité représentent tout de même un tiers des résidents des pensions de famille de Picardie.

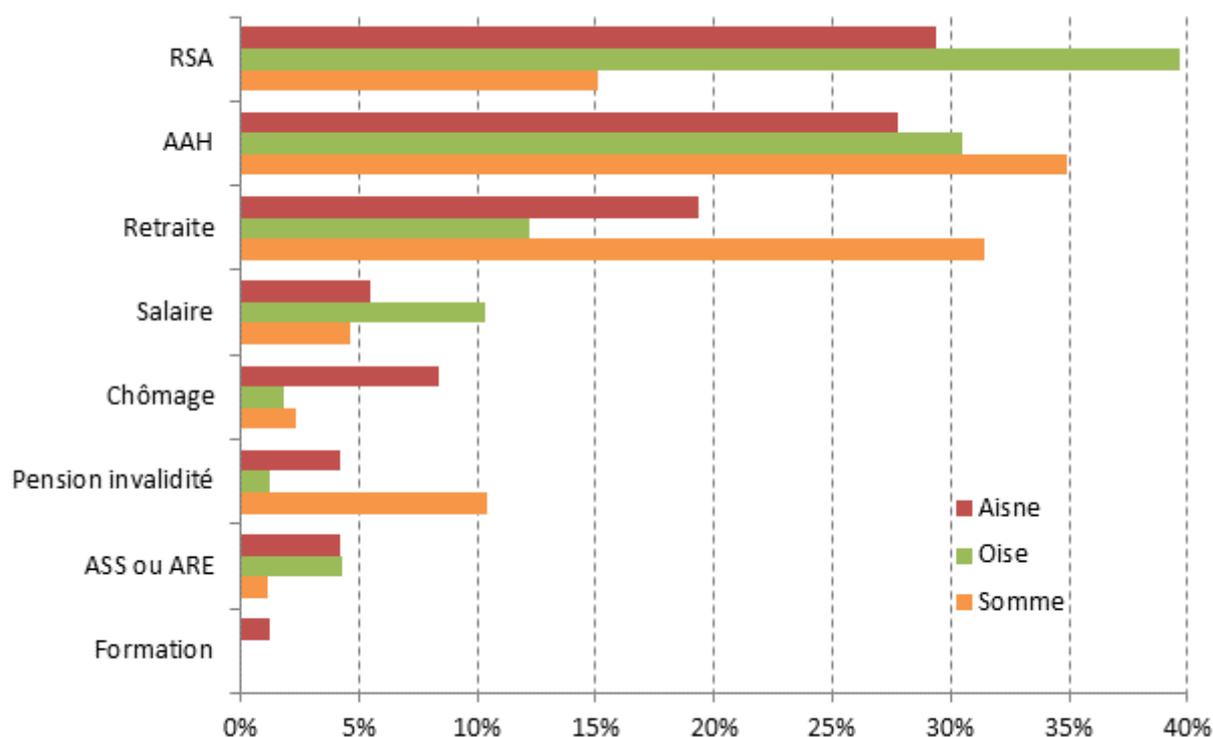


Source : Rapports d'activité des pensions de famille de Picardie au 01/01/2015 (19 structures sur 20) – Calculs et graphique : APRADIS Picardie

Par ailleurs, les ressources dépendent d'un certain nombre de facteurs qu'il n'est pas possible de faire ressortir à partir des rapports d'activité (comme l'âge, le motif d'entrée, la durée de présence à la pension de famille, la structure, etc.), du fait de l'absence de croisement de données. Le seul facteur pouvant être mis en lien avec les revenus est le département de localisation de la pension de famille. Or, des différences importantes existent.

Probablement du fait de l'âge des résidents qui y sont plus jeunes, l'Oise est également le département où sont plus fréquentes les ressources liées au salaire (10 % soit deux fois plus que dans les autres départements) ou encore au RSA (40 % contre 29 % dans l'Aisne et seulement 15 % dans la Somme). Dans l'Aisne, la part du chômage est quatre fois plus importante que dans les autres départements (8 % contre 2 % dans l'Oise et la Somme). Dans la Somme, les résidents percevant une retraite sont quant à eux beaucoup plus nombreux que dans les autres départements (31 % contre 19 % dans l'Aisne et 12 % dans l'Oise). De même, les résidents percevant une allocation ou une pension en lien avec des problèmes de santé y sont plus nombreux : l'AAH est la ressource principale de 35 % des samariens et la pension d'invalidité de 10 % (contre 4 % dans l'Aisne et 1 % dans l'Oise). Au total, ce sont donc 45 % des résidents des pensions de famille de la Somme qui ont la majorité de leurs revenus en lien avec des problèmes de santé invalidant.

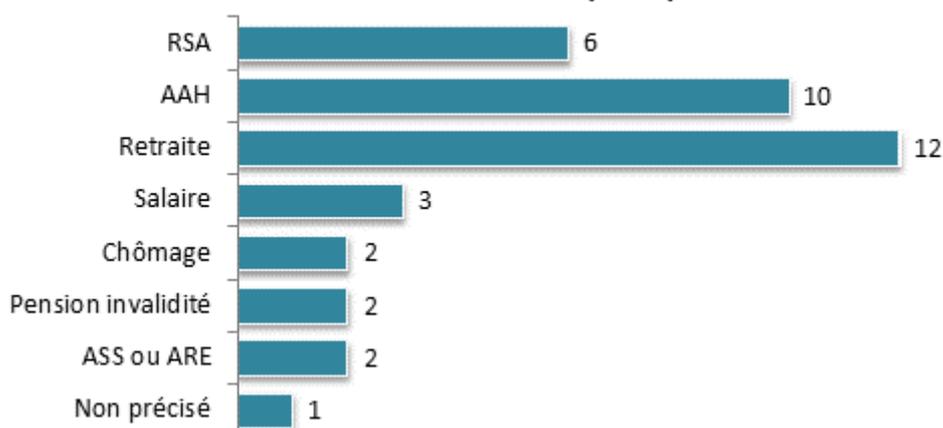
Ressources principales des résidents, par département (en %)



Source : Rapports d'activité des pensions de famille de Picardie au 01/01/2015 (19 structures sur 20) –
Calculs et graphique : APRADIS Picardie

Au niveau des entretiens, les ressources des personnes enquêtées sont sensiblement les mêmes avec, du fait de la problématique interrogée, davantage de retraités et un peu moins de personnes au RSA. Précisons tout de même que, parmi les trois personnes ayant un salaire, deux ont un complément RSA.

Entretiens : Ressources principales des résidents



Source : Entretiens individuels réalisés auprès de 38 résidents – APRADIS Picardie

Parmi les personnes qui souhaitent quitter la pension de famille, la plupart attend d'abord d'avoir des revenus stables, ou en tout cas d'être plus serein au niveau financier. Outre le fait de se plaire à la pension de famille et d'y trouver un accompagnement approprié, les problématiques d'argent sont l'un des principaux motifs pour y rester.

4. État de santé

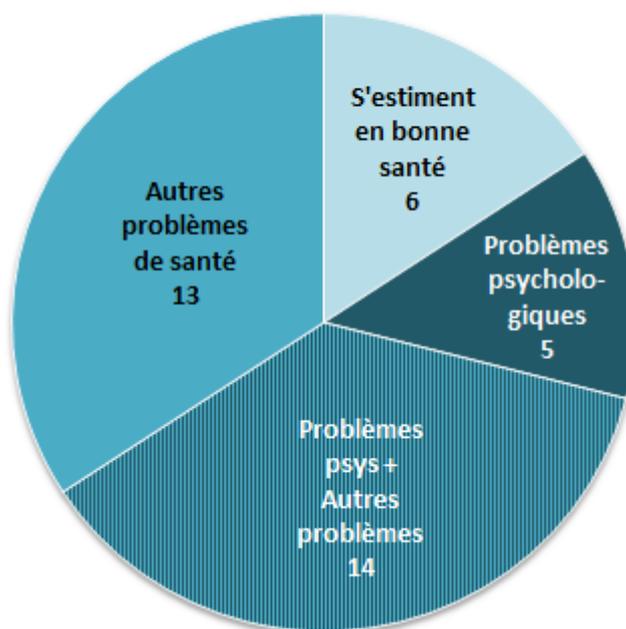
A. DES PROBLEMES DE SANTE NECESSITANT UNE PRISE EN CHARGE REGULIERE

Via les rapports d'activité des pensions de famille, les problèmes de santé des résidents sont difficiles à appréhender, ou plutôt à mesurer. En effet, les rapports d'activité font ressortir de nombreux problèmes de santé, mais ceux-ci étant restitués de manière différente selon chaque structure, il est compliqué d'en faire la synthèse au niveau des trois départements. Cependant, **la question sanitaire est, de loin, la problématique la plus récurrente** dans les écrits. Ainsi, sans que les chiffres reflètent l'ensemble de la réalité, il est possible d'estimer qu'au moins 58 % des résidents sont confrontés à des problèmes de santé, soit beaucoup plus que toutes les autres problématiques : au moins 24 % pour les ruptures familiales, 11 % pour l'errance et les sans domicile, 11 % pour des questions liées à l'emploi, 10 % pour le surendettement, 7 % pour des questions d'expulsion du logement et 2 % pour des violences conjugales.

Les problèmes de santé les plus fréquents sont principalement liés à des **problèmes psychiatriques** ou de santé mentale ainsi qu'à des **problématiques d'addiction**, notamment l'alcool, mais également la toxicomanie. Cependant, la liste des autres pathologies citées dans les rapports d'activité est longue : surpoids, cancer, diabète, cholestérol, hypertension, assistance respiratoire, pneumologie, cardiopathie, pathologies artérielles et veineuses, séquelles d'AVC, problèmes dentaires, problèmes dermatologiques importants, etc. Les problèmes de dents ou de peau, par exemple, peuvent sembler anecdotiques, mais ils sont pourtant importants. Ainsi, cette structure qui écrit que « *la majorité des résidents est confrontée à des problèmes de santé physique, liés à l'âge et à l'hygiène de vie passée ou actuelle* », cette hygiène de vie ayant des conséquences notables en termes de problèmes dermatologiques. De même, lors de la réalisation des entretiens, les enquêteurs ont pu constater des dentitions très abîmées pour une grande majorité des résidents. Cela a des conséquences sur la manière de s'alimenter, par exemple.

Les entretiens font également ressortir des problèmes de santé importants. Ainsi, **seuls 6 résidents sur les 38 rencontrés s'estiment en bonne santé** et, pour les autres, la plupart rencontre des problématiques relativement lourdes. On retrouve une prédominance des problèmes psychologiques, avec la moitié des personnes concernées (19 sur 38), essentiellement pour des dépressions chroniques, mais aussi de la schizophrénie ou des troubles bipolaires. En outre, les autres problèmes de santé sont relativement nombreux et variés : 27 résidents sur 38 ont des problèmes de santé autres que psychologiques et la plupart cumule plusieurs difficultés. Notons également que trois personnes ont déclaré prendre divers médicaments, sans savoir pour quelle pathologie : « *c'est le médecin qui sait* ».

Entretiens : problèmes de santé des résidents



Source : Entretiens individuels réalisés auprès de 38 résidents – APRADIS Picardie

En outre, précisons également que certains problèmes de santé n'ont pas été évoqués par les personnes interrogées. En effet, cette étude vise à mesurer la situation actuelle des résidents des pensions de famille, qu'il s'agisse des difficultés rencontrées ou des besoins d'accompagnement. Ainsi, lors des entretiens qualitatifs, n'ont été abordés ni le passé des personnes, ni les raisons pour lesquelles elles avaient intégré la pension de famille. Certaines d'entre elles ont cependant librement échangé sur ces sujets. Au niveau de la santé, par exemple, cinq résidents ont parlé de leur problème d'addiction – essentiellement à l'alcool, mais aussi à la drogue –, trois pour souligner qu'ils n'étaient plus dépendants et deux ayant encore des difficultés avec cette addiction. Dans tous les cas, les addictions ont des conséquences non négligeables sur le bien-être et la santé et nombreux sont les résidents ayant été confrontés à une telle dépendance.

Les problèmes de santé le plus souvent cités sont :

- ✓ (5) le diabète ;
- ✓ (5) des douleurs de dos entraînant, le plus souvent, des problèmes de mobilité et/ou une reconnaissance de handicap par la CDAPH¹³ ;

¹³ La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) est l'instance où sont prises les décisions relatives aux demandes déposées, par la population, à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

- ✓ (5) une obésité ou un surpoids important entraînant, là-encore, le plus souvent des problèmes de mobilité ; l'un des résidents pèse 220 kg ;
- ✓ (5) des problèmes cardiaques récurrents, avec plusieurs infarctus, voire des opérations ; par ailleurs, une personne est en Affection de Longue Durée (ALD) suite à ce problème de santé ;
- ✓ (4) l'asthme ou des difficultés respiratoires ;
- ✓ (3) la tension ou l'hypertension ;
- ✓ (3) des problèmes de sang : mauvaise circulation sanguine dans la jambe entraînant des plaies ou des escarres, opération suite à des pertes de sang importantes, etc.
- ✓ (2) l'épilepsie ;
- ✓ (2) des problèmes rénaux ; l'un des résidents réalise des dialyses depuis une dizaine d'année et s'est déjà fait opéré pour une greffe de rein ; il est en attente d'une seconde greffe.

Par ailleurs, d'autres problèmes de santé ont également des conséquences en termes de mobilité, que ce soit une douleur à une jambe (2), la maladie de Parkinson ou des tremblements importants des membres (2), les conséquences d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) (1), des problèmes de hanche (1) ou encore des vertiges sérieux (1). Les autres maladies ou problématiques citées par les résidents sont les suivantes : de nombreuses difficultés à dormir et/ou insomnies, problèmes de dentition, migraines, arthrose, hépatite B, problèmes pulmonaires, surdité, absence de thyroïde, opération prochaine de la cataracte et de la prostate. Enfin, différentes tumeurs, cancéreuses ou non, ont été évoquées par les résidents. Un jeune est actuellement sujet à plusieurs tumeurs, une femme s'est fait opérer d'un fibrome et quatre hommes d'âge moyen (entre 48 et 66 ans) ont eu une opération pour un cancer (rein, vessie, poumons, thyroïde).

Certains rapports d'activité soulèvent également le fait qu'il y a des « **personnes souffrant de maladies incurables ou ayant subi de lourdes interventions chirurgicales** ». Deux professionnels interrogés en entretien nous font part, sur ce sujet, d'un ressenti en lien avec leurs observations professionnelles : « *J'ai l'impression que, quand les personnes se posent, j'ai l'impression que le corps se réveille et qu'il y a des pathologies qui étaient en sommeil qui se réveillent. Et de lourdes pathologies [...]. Peut-être que, nous aussi, on est plus attentifs à tout ce qui tourne autour de la santé et qu'on leur dit que la santé c'est aussi une priorité et que ça doit être une priorité. Peut-être qu'ils font plus attention à eux.* » ; « *Une fois que les ressources sont là, que ça commence à se stabiliser, c'est là qu'il y a des pathologies qui apparaissent et qui sont souvent très rapides, très brutales.* »

Ainsi, ces professionnels observent un lien entre des pathologies très probablement asymptomatiques tant que les personnes ont des problèmes sanitaires et sociaux importants, voire vitaux – comme se loger, se nourrir, etc. – et le fonctionnement même de la pension de famille. En effet, le fait de « *se poser* » est, pour ces professionnels, en lien direct avec le fait que ces structures proposent un logement et non pas un hébergement : les personnes sont installées pour une durée non contrainte et n'ont pas à trouver une nouvelle solution d'hébergement dans les six mois ou un an à venir. Le fonctionnement des pensions de famille leur permet donc de faire retomber la pression

et de réfléchir à leur devenir. **C'est lorsqu'elles se sentent sécurisées qu'il semble que le corps s'exprime et que des pathologies graves surgissent.**

B. UNE REPONSE MEDICALE ADAPTEE AUX BESOINS DES RESIDENTS ?¹⁴

La majorité des résidents interrogés lors de cette étude déclare avoir un suivi adapté à leurs problématiques de santé, qu'il s'agisse des consultations auprès de généralistes, de spécialistes ou encore de l'intervention de professionnels de santé au domicile. Ainsi, parmi les 19 personnes ayant des problèmes psychologiques, 17 ont un suivi régulier par un psychologue et/ou un psychiatre. Lorsque cela est précisé, il s'agit presque toujours d'un accompagnement par le CMP local, parfois par le CHI de Clermont ou un CATTP.

Concernant les deux personnes n'ayant pas de suivi psychologique, il s'agit dans les deux cas de résidents dépressifs refusant tout accompagnement médical. L'un a, malgré son jeune âge (35 ans), connu de nombreux problèmes de santé et été suivi par de nombreux médecins. Bien qu'il « *ne [se] considère pas en bonne santé* », il a décidé d'arrêter tous ses traitements : « *j'ai arrêté mes médicaments du jour au lendemain ; je me suis fait engueulé par mon médecin, mais j'ai persisté* ». Par conséquent, il a également arrêté de voir son médecin traitant. L'autre résident est un homme de près de 50 ans ayant de nombreux problèmes de santé, mais qui ne prend pas les mesures pour se soigner. Ainsi, un traitement lui a été prescrit pour une hépatite B, mais il ne prend pas ce traitement de manière attentive. De même, opéré d'un cancer de la vessie, il refuse de se rendre aux rendez-vous de suivi chez le spécialiste. Enfin, il bénéficiait d'un suivi par un psychologue situé dans la commune voisine mais, bien qu'il ne travaille pas, « *les horaires et le fait de s'y rendre étaient trop compliqués* ». Il refuse également de prendre un rendez-vous avec un psychologue de la commune pour des raisons de coûts et **souhaiterait qu'un psychologue ait une permanence au sein de la structure**. Seuls les rendez-vous mensuels avec son médecin traitant sont maintenus, afin que celui-ci lui renouvelle son traitement médical pour addiction.

Dans les deux cas, les résidents cherchent des excuses pour justifier leur choix et il semble que tout accompagnement, même rapproché, s'avèrerait compliqué. Au vu des différentes pathologies de ces personnes, **l'arrêt des suivis médicaux interroge** cependant, qu'il s'agisse des maladies physiques ou psychologiques. Comment l'hôte et les professionnels intervenant au sein de la pension de famille peuvent-ils pallier ces difficultés ?

Par ailleurs, des entretiens avec les résidents, ressortent quelques **prises en charge médicales qui ne semblent pas optimales : le recours à un médecin traitant, les problèmes de dentition, l'obésité**. Quelques autres besoins de spécialistes ont été identifiés, mais uniquement de manière individuelle.

¹⁴ L'ANSA (Agence Nouvelle des Solidarités Actives) et la DGCS (Direction Générale de la Cohésion Sociale) préconisent, dans un rapport paru en mai 2016 sur la santé des personnes dans domicile, de « *réduire les ruptures de soin par un accès direct à un logement* » (p. 33). En ce sens, les pensions de famille apportent une première réponse adaptée aux besoins des personnes. ANSA et DGCS, « Comment mieux prendre en charge la santé des personnes sans domicile », contribution n° 18, 106 p., mai 2016.

Citons notamment une absence de suivi gynécologique pour une femme de 50 ans ou encore l'absence de séances de kinésithérapie pour des problèmes de mobilité suite à un AVC : *« j'en ai eu pendant deux mois et ça me faisait du bien, mais j'attends que le médecin me rappelle »*. Il n'est pas rare que les résidents aient du mal à s'emparer de la question de leur propre santé et qu'ils s'appuient – trop – sur le corps médical et/ou les professionnels de la pension de famille. C'est le cas notamment pour la prise de médicaments qui demande une vigilance forte des hôtes (*cf. infra*), ce qui n'empêche pas certains résidents de ne pas respecter leur traitement.

La question de l'accès à un médecin traitant a, quant à elle, été soulevée par les résidents de pensions de famille situées sur différents territoires. Par exemple, à Fresnoy, une personne a déclaré ne pas avoir eu de médecin traitant pendant trois ans, du fait du manque de places auprès des médecins de la commune. La pension de famille étant située en milieu rural, il était difficile pour ce résident de solliciter un médecin dans une commune voisine. Une autre personne habitant à Essômes-sur-Marne a dû solliciter sept médecins avant d'être accepté par un médecin de la commune voisine de Château-Thierry ; elle est restée plusieurs mois sans médecin traitant. Notons également que les résidents ne distinguent pas forcément les spécificités de chaque acteur du monde médical. Ainsi, cet enquêté déclarant : *« je n'ai pas de médecin traitant car je suis suivi par le CSAPA »*, à savoir le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie. Il estime qu'un intervenant médical suffit à l'ensemble du suivi de sa santé. Une autre enquêtée, bien qu'elle bénéficie de la Couverture Maladie Universelle (CMU), ne va jamais chez le médecin car *« la carte vitale je l'ai pas encore faite, il faut les photos, tout ça »*.

Par ailleurs, sur les 38 personnes interrogées, 5 ont identifié des besoins au niveau de leur dentition, sans accompagnement adapté. Par exemple, trois résidents déclarent souhaiter avoir un dentier car ils n'ont pas ou plus de dentition. Mais pour l'un, *« il faut voir avec la CMU ; je n'ai pas encore demandé »* ; le deuxième avait réussi à prendre rendez-vous chez le dentiste, mais il ne s'est pas rendu à ce rendez-vous car, ayant des difficultés à se repérer dans l'espace, *« je ne savais pas comment m'y prendre pour y aller, pourtant c'est important les dents »* ; enfin, le troisième, n'a plus du tout de dents depuis des années et déclare que les professionnels de la pension de famille ont refusé qu'il ait un dentier : *« ils ne veulent pas parce qu'ils ont peur que je le perde et que ça coûte cher, ça reste comme ça »*. Du fait qu'il ne puisse pas mâcher ses aliments, ce manque de dentition entraîne des problèmes digestifs. Pour une autre personne, des douleurs à une dent ont des impacts négatifs sur son sommeil.

Au niveau de l'obésité, il est rare que les personnes ayant un problème de poids important soient accompagnées. Ainsi, cette résidente qui reconnaît avoir un problème d'obésité et regrette de ne pas être suivie par un professionnel pour y remédier. Cependant, au cours de l'entretien, il est manifeste que, si les professionnels de la pension de famille ne lui proposent rien, elle ne s'emparera pas du problème. Or, au regard de ses problèmes psychiatriques, il est fort probable que la question de l'obésité ne soit pas la priorité. À l'inverse, pour cette autre résidente, l'hôte lui a proposé de faire une cure dans un Centre de Rééducation Fonctionnelle (CRF). Probablement suite à une mauvaise communication et/ou interprétation, la personne s'est sentie dépossédée de la décision et s'est fermée à la proposition. Elle n'aurait pas fait la démarche seule, mais n'a pas apprécié que les professionnels prennent le relais. Cette cure se mettra finalement en place, mais après moult discussions.

Ces quelques exemples montrent que **la prise en charge de leur santé peut être quelque chose de difficile à gérer pour les résidents**. La prise d'initiative est compliquée, que ce soit pour faire des démarches administratives, où chaque étape est source d'anxiété et prend une importance considérable, ou encore pour s'emparer du suivi de leur santé, certains étant dans l'attente d'une sollicitation par le milieu médical. Par ailleurs, il y a parfois un décalage entre ce que les résidents perçoivent de la prise en compte de leur santé et de la façon dont celle-ci est réellement accompagnée. **Les hôtes doivent donc avoir une vigilance de tous les instants et proposer, pour certains résidents, un accompagnement très rapproché** pour que la prise en charge soit complète : détection des besoins, prise des rendez-vous médicaux, rappel le jour du rendez-vous, accompagnement éventuel chez le médecin ou le spécialiste, veille pour la prise des médicaments, etc. Or, ces actions ne font pas partie des missions des hôtes telles que définies dans la circulaire du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais.

1. Professionnels intervenant au sein des pensions de famille

Comme nous l'avons vu précédemment, le profil des hôtes, défini par la circulaire n° 2002-595, peut être varié : « *sa qualification qui peut être diverse, conseiller(ère) en économie sociale et familiale (CESF), assistant de service social, AMP (aide médico-psychologique) ou [...] leur expérience reconnue dans le champ de l'accueil et de l'insertion des personnes en difficulté* ». En effet, au sein des dix pensions de famille faisant partie de l'échantillon de l'étude qualitative, **les professionnels ont des formations diverses** : 3 Moniteurs Éducateurs (ME), 2 Aides Médico-Psychologiques (AMP), 2 Éducateurs Spécialisés (ES), 1 Conseiller en Économie Sociale et Familiale (CESF), 1 Maître de Maison (MM), 1 BEP sanitaire et social (Brevet d'Études Professionnelles) et 4 personnes ayant une formation d'animation, dont 1 animateur Socio-Culturel (ASC) et 1 BPJEPS animation sociale (Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport). Par ailleurs, deux personnes n'ont aucune formation dans le social. Elles travaillent alors en binôme avec un autre professionnel¹⁵.

A. IMPACT DE L'ORGANISATION ASSOCIATIVE SUR LE FONCTIONNEMENT DE LA STRUCTURE

La majorité des structures fonctionne en effet avec plusieurs intervenants : la configuration la plus fréquente consiste en une personne de formation sociale à temps plein, à laquelle est associée, à temps partiel, un animateur social ou une personne sans formation. Cependant, sur les dix pensions de famille rencontrées, quatre sont constituées d'un seul professionnel qui ne travaille pas toujours à temps plein. Ainsi, l'hôte de la pension de famille rattachée à la ferme de Moyembrie n'intervient plus qu'à 20 % sur la pension de famille, son temps de travail ayant été revu à la baisse car « *je ne voyais pas l'intérêt d'y être tous les jours car, sur dix personnes, six travaillaient à la ferme [...] j'ai commencé par faire moitié-moitié là-bas et ici et maintenant j'y vais une à deux après-midi par semaine, en fonction des besoins* ». Cette situation est adaptée car, intervenant à la ferme de Moyembrie le reste du temps, cette professionnelle y rencontre la plupart des résidents.

En effet, la majorité des pensions de famille est située à proximité d'un ou plusieurs autres établissements sociaux (8 sur 10 dans le panel), un CHRS le plus souvent (7 sur 10). Cette configuration a des impacts sur le fonctionnement de la pension de famille ainsi que sur l'organisation du travail des hôtes. Par exemple, **l'hôte a parfois un rôle transversal sur plusieurs établissements de l'association** : c'est le cas dans quatre pensions de famille rencontrées. Dans l'une des structures, ce fonctionnement n'était pas adapté aux besoins des résidents et le temps de présence de l'hôte à la pension de famille a été augmenté Aujourd'hui, il y exerce à temps plein, intervenant seulement « *en cas de besoin sur le CHRS* ». Cette nouvelle configuration convient mieux,

¹⁵ Le terme d'« hôte » étant très peu employé au sein des pensions de famille, nous utiliserons régulièrement les termes plus génériques de « professionnel » ou « intervenant ».

bien que, d'après l'hôte comme d'après les pensionnaires, il semble manquer un temps d'animateur social pour organiser des activités.

Dans une autre structure, diverses activités se déroulent dans un bâtiment rattaché au CHRS et qui n'est pas accolé à la pension de famille : repas, médicaments, internet, etc. C'est l'occasion pour l'hôte d'avoir des échanges avec les résidents de la pension de famille : *« Chaque matin, quand je prends mon poste, c'est là-bas, et ensuite je m'adapte et je viens voir les personnes sur place. Mais j'en vois quand même beaucoup là-bas : sur les dix, j'en vois au moins sept. Ensuite, dès que j'ai une occasion, je m'arrête, c'est sûr ; au moins une fois par jour, ils me voient. Par contre, c'est vrai que je n'ai pas trop d'heures, je n'ai pas d'heures fixes. Je viens voir les besoins qu'il y a ici. Des fois, ça arrive que je vienne et qu'il n'y ait pas grand monde. »* Ce fonctionnement est assez frustrant, à la fois pour les résidents qui, bien qu'ils aient moyen de contacter l'hôte à tout moment, n'ont pas de repères fixes et pour l'hôte dont les passages à la pension de famille sont trop rapides et pas toujours adéquats. Les résidents étant peu nombreux et pas toujours présents au sein de la structure, un temps plein de semble pas nécessaire, bien que ce soit également une structure où les activités organisées sont très peu nombreuses.

Cette proximité entre pension de famille et Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale peut aboutir à une **confusion des rôles et de la place de chacun**, qu'il s'agisse des professionnels ou des résidents. Parfois, les résidents passent d'un dispositif à l'autre sans changer de logement ou de bâtiment, ce qui ne leur permet pas de se projeter complètement dans un nouveau projet. De même, un professionnel qui accompagne une personne en pension de famille après l'avoir suivie en CHRS peut avoir tendance à continuer à exercer les mêmes missions auprès de la personne, sans faire la distinction entre les rôles spécifiques à avoir dans chacune des structures.

Par ailleurs, **les associations qui portent plusieurs pensions de famille peuvent mutualiser l'activité de certains professionnels**. Par exemple, une animatrice sociale, employé par l'association Accueil Et Promotion, intervient à temps partiel à la fois sur la pension de famille de Fresnoy et sur celle d'Hirson. D'autres professionnels interviennent également au sein des pensions de famille, qu'il s'agisse de salariés de l'organisme gestionnaire ou d'intervenants extérieurs. **Le fait que la pension de famille soit géographiquement proche d'autres établissements de l'organisme gestionnaire¹⁶, permet de bénéficier de services mutualisés** : veilleur de nuit, agent d'entretien, relai pendant les congés de l'hôte, intervention d'un travailleur social, etc. Par exemple, ce professionnel qui explique : *« Je fais un accompagnement dans tous les besoins qu'ils ont et, si ce n'est pas moi, ce sera mes collègues, en particulier une : une assistante sociale qui m'aide pour les dossiers de surendettement, par exemple. Ça c'est très important d'avoir une assistante sociale, c'est bénéfique. »*

La proximité géographique permet notamment de mettre en place des relais sur les temps où l'hôte est absent (nuits, week-ends, congés, etc.). Sur ces périodes, des astreintes, de l'hôte ou d'autres professionnels, peuvent également être définies. D'autre part, trois pensions de famille ayant été rencontrées pour cette étude mettent à disposition de l'hôte un **logement de fonction accolé à**

¹⁶ Il s'agit le plus souvent de CHRS (Centres d'Hébergements et de Réinsertion Sociale), mais il y a parfois un CAU (Centre d'Accueil d'Urgence), un FJT (Foyer de Jeunes Travailleurs), un CADA (Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile) ou encore un foyer d'hébergement.

l'établissement, ce qui permet la présence rapide du professionnel en cas de difficulté. Cependant, ce type de fonctionnement semble compliqué pour l'hôte. En effet, les résidents ont tendance à ne pas faire la différence entre les temps de travail et les temps de repos et à le solliciter continuellement. Par ailleurs, cela ne permet pas à l'hôte d'avoir de vie privée en dehors de son travail. D'après les hôtes, des barrières doivent être mises dès le début, sinon la séparation des rôles n'est pas comprise par les résidents. Cependant, cela ne semble pas suffire. Ainsi, l'un des hôtes a choisi de ne pas utiliser ce logement de fonction afin de ne pas créer de confusion quant à sa place. Il y réside cependant ponctuellement, lors de périodes sensibles où sa présence à temps plein est nécessaire.

B. UNE OUVERTURE A D'AUTRES PROFESSIONNELS, NOTAMMENT DE SANTE

Les pensions de famille étant un lieu de vie ouvert, d'autres personnes sont amenées à y intervenir, qu'il s'agisse de professionnels d'autres institutions ou organismes, ou de bénévoles. Ainsi, trois structures font intervenir une psychologue extérieure, sur des temps définis et réguliers. Dans un cas, elle intervient sur des temps d'échange collectifs et des entretiens, à destination des résidents. Dans une autre pension de famille, la psychologue anime un groupe de parole pour les professionnels. Enfin, dans le troisième cas, elle propose à la fois des entretiens individuels pour les résidents et une intervention en réunion d'équipe pour les professionnels. Par ailleurs, divers professionnels interviennent au domicile des résidents, qu'il s'agisse de professionnels de santé – infirmiers, kinésithérapeutes, etc. – ou d'aides à domicile – ménage, toilette, repas, etc. La mise en place de partenariats collectifs est plus rare, mais des intervenants peuvent également contribuer à la construction ou à la réalisation d'activités éducatives, ludiques, préventives, etc. Enfin, le concours de bénévoles a également été observé, mais reste une pratique rare puisqu'une seule pension de famille y a recours.

2. Accompagnement social et activités

Les pensions de famille visitées lors de cette étude sont relativement bien situées géographiquement. Elles sont le plus souvent implantées à **proximité des commerces et des transports en commun**. Seuls les résidents d'Hirson relèvent que les passages du bus sont peu nombreux, ce qui complique l'organisation des rendez-vous, mais cela leur convient cependant. Ce n'est pas le cas à Fresnoy-le-Grand, seule pension de famille située en milieu rural : la résidence est relativement éloignée de la gare et les passages des trains sont peu nombreux. Pour les trajets intercommunaux, les pensionnaires peuvent bénéficier, sur réservation, d'un service de transport de la mairie, mais se déplacer à Saint-Quentin pour des démarches administratives ou des rendez-vous médicaux est relativement contraignant. Cela prend beaucoup de temps et, de plus, un résident souligne qu'en attendant le train pour revenir à la pension de famille, des tentations s'offrent aux personnes, comme celle d'aller boire un verre au café, ce qui, au regard des problématiques de dépendance à l'alcool, n'est pas adapté.

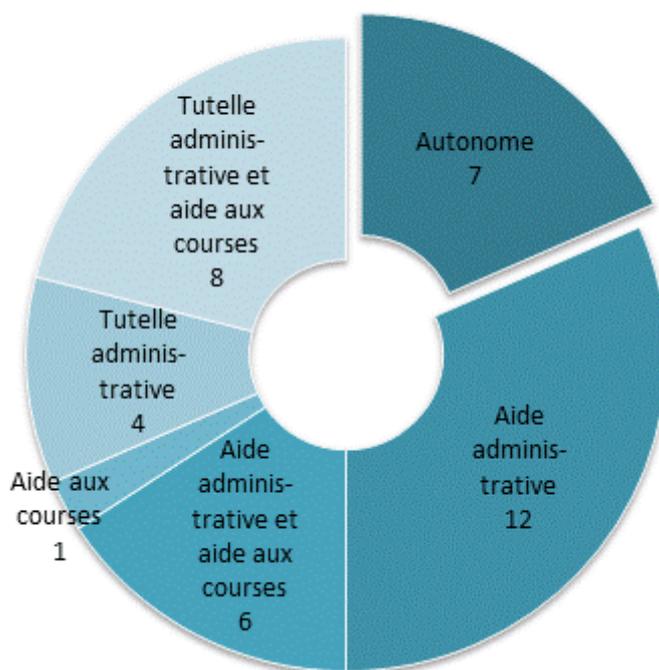
Cette localisation géographique implique que, si les résidents n'ont pas de problèmes de santé entraînant une perte d'autonomie ou une difficulté à se repérer dans l'espace, ceux-ci peuvent effectuer seuls, à pied ou en transports, leurs démarches administratives et sociales. En effet, le projet social de la circulaire n° 2002-595 précise que : « *Toutes les personnes accueillies, qui, au demeurant, ne nécessitent pas forcément un accompagnement social lourd, peuvent continuer à être suivies par le service social ou médico-social qui les a orientées vers la maison relais. Si tel est le cas, et compte tenu du profil des populations accueillies et de leur parcours, le partenariat local d'intervention sociale avec les services sociaux de secteur sera alors formalisé.* »

A. UNE AIDE POUR LES DEMARCHES ADMINISTRATIVES ET DE LA VIE QUOTIDIENNE

Parmi les 38 résidents interrogés lors de cette étude, **seuls 7 (18 %) déclarent être autonomes pour toutes leurs démarches administratives**, ainsi que pour les démarches de la vie quotidienne (faire les courses, la cuisine, etc.). Par ailleurs, 12 (32 %) ont une protection juridique de type tutelle, curatelle ou curatelle renforcée. Dans ces cas-là, le tuteur s'occupe des démarches administratives et/ou de la gestion de l'argent, ce qui n'empêche pas le résident de solliciter régulièrement l'hôte pour des demandes ponctuelles (déclaration Pôle Emploi, demande de retraite, prise de rendez-vous, etc.). Par ailleurs, les relations entre le résident et son service de tutelle sont généralement des relations de proximité, mais il arrive que les professionnels de la pension de famille soient amenés à pallier un manque d'accompagnement du service de tutelle et à effectuer des démarches administratives pour les résidents. L'un d'entre eux, par exemple, a eu un problème avec son APL (Aide Personnalisée au Logement) et n'a pu recouvrer cette aide financière que grâce à une implication des hôtes.

Enfin, bien qu'ils ne soient pas sous protection juridique, près de la moitié des résidents a besoin d'un accompagnement dans leurs démarches administratives. Deux d'entre eux sont aidés par des membres de leur famille, mais la majorité s'adresse aux hôtes qui sont « *très réactifs et efficaces* » et auprès desquels les résidents trouvent des réponses à leurs demandes. Selon l'organisation de la pension de famille, quelques cas particuliers existent également : trois résidents s'adressent à l'assistant de service social qui intervient ponctuellement au sein de la structure et deux personnes ont déclaré faire leurs demandes au représentant des résidents. Ce n'est pas son rôle (*cf. infra*), mais celui-ci est en capacité de les aider sur toutes les démarches administratives et éprouve une certaine fierté à le faire. Notons que la présence d'un assistant social au sein de la pension de famille est rare et que **des partenariats pourraient être systématisés avec les services sociaux de secteur**. Cela permettrait à la fois de répondre aux besoins des résidents et de globaliser cette réponse pour les travailleurs sociaux.

Entretiens : autonomie dans les démarches administratives et les courses



Source : Entretiens individuels réalisés auprès de 38 résidents – APRADIS Picardie

Au niveau des courses et des repas, la majorité des résidents est autonome. Cependant, sur les 38 personnes interrogées, il y en a tout de même 15 qui ont besoin d'une aide (39 %). Neuf d'entre eux ont besoin d'un accompagnement à la fois pour faire leurs courses et pour faire la cuisine, un uniquement pour la cuisine et cinq uniquement pour faire leurs courses, car ils ont des difficultés à se déplacer ou à porter des choses lourdes. Pour les repas, quatre ont un auxiliaire de vie qui leur prépare à manger, trois bénéficient de repas collectifs au sein de l'établissement, deux sont abonnés à un service de portage de repas et un reçoit la visite de ses parents qui lui préparent tous ses repas et lui font ses courses. Pour les autres, les courses sont faites avec l'aide de l'hôte pour sept personnes, un auxiliaire de vie pour quatre et deux résidents trouvent de l'aide auprès d'un autre pensionnaire. Comme pour l'accompagnement administratif par un autre résident, on retrouve ici un témoignage de la forte solidarité qui existe entre les résidents.

B. DES ACTIVITES PROPOSEES TRES VARIABLES

Non pas parce que les activités proposées au sein d'une pension de famille ne sont pas importantes pour que les personnes puissent accéder à l'autonomie, mais parce que la demande initiale de cette étude portait davantage sur les besoins sanitaires et sociaux des résidents, ce rapport ne détaillera pas les différentes activités proposées par les professionnels. Cependant, nous avons pu observer des fonctionnements extrêmement différents d'une structure à l'autre. Par rapport aux repas, par

exemple, une pension de famille propose, tous les jours, une activité cuisine et des repas collectifs pour ceux qui le souhaitent. Dans une autre structure, les repas sont compris dans le prix du logement et aucune activité n'est donc proposée sur ce thème-là. Pour la plupart, une activité cuisine est proposée ponctuellement, lors d'événements calendaires, de type Pâques ou Noël.

Cette diversité est également observée dans les activités de loisirs ouvrant vers l'extérieur. Il n'est pas rare que les propositions de sortie soient faites uniquement pour les résidents, voire en coopération avec les résidents d'une autre pension de famille. Cependant, dans chacun des départements, nous avons pu visiter une pension de famille ayant construit des partenariats forts avec des associations et institutions locales. Ainsi, les résidents participent régulièrement à des animations proposées en dehors de la pension de famille, voire co-construisent des activités avec des personnes et professionnels issus d'un autre milieu que celui de la résidence. Ces partenariats peuvent être réalisés avec le centre social de la commune, des associations culturelles, une résidence pour personnes âgées, etc. Ils permettent à la fois d'ouvrir la pension de famille à l'extérieur et d'en faire un lieu de vie, ainsi que de (ré)apprendre aux résidents à sortir dans la cité.

En outre, l'observation qui a pu être faite est que **la construction de projets communs au sein de la pension de famille permet des échanges constructifs entre les résidents, ainsi qu'une valorisation importante du rôle et des capacités de chacun**. À l'inverse, certains professionnels ont déclaré ne pas avoir assez de temps pour proposer des activités ou ne pas avoir réussi à mobiliser les pensionnaires sur ce qui était proposé. Or, les résidents s'ennuient et cet ennui est très souvent vecteur d'agressivité, de tensions au niveau du collectif et donc de la vie au sein de la pension de famille.

C. TEMPS D'EXPRESSION ET DE REPRESENTATION

Depuis la loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'Accès au Logement et un Urbanisme Rénové (ALUR), **les pensions de famille ont l'obligation d'avoir un comité de résidents** (art. 49). Celui-ci « *représente les personnes logées dans le foyer au sein du conseil de concertation dans leurs relations avec le gestionnaire et le propriétaire de l'établissement* » (art. L. 633-4 du Code de la construction et de l'habitation). Dans les structures où il y a moins de 30 personnes, ce comité est constitué de l'ensemble des résidents et, dans les structures plus importantes, de résidents élus par l'ensemble des pensionnaires.

L'un des rôles du comité de résidents est notamment de représenter l'ensemble des pensionnaires au conseil de concertation, instance d'échange entre les résidents, le gestionnaire de la pension de famille et le propriétaire. Ainsi, « *les membres du conseil sont consultés notamment sur l'élaboration et la révision du règlement intérieur, préalablement à la réalisation de travaux, et sur tout projet et organisation, dont la gestion des espaces communs, susceptibles d'avoir une incidence sur les conditions de logement et de vie des occupants* ». Cependant, depuis un décret paru le 14 mars 2016, **un conseil de concertation est obligatoire uniquement dans les pensions de famille ayant au moins 30 résidents**. Très peu de structures sont donc concernées : Hélène Lockert d'Aprémis à Amiens (40 résidents), la nouvelle pension de famille d'Habitat et Humanisme, également à Amiens (35 résidents), Pierre Billard d'Avenir à Camon (34 résidents) et Maurice Ravel d'Accueil et Promotion à

Fresnoy-le-Grand (32 résidents). Dans les structures plus petites, les modalités du dialogue entre résidents et gestionnaires sont libres mais doivent tout de même être définies dans le règlement intérieur.

Le comité des résidents, comme le conseil de concertation lorsqu'il existe, a obligation de se réunir au moins une fois par an. Pour répondre à cette obligation, les pensions de famille organisent régulièrement **des temps d'échange regroupant les hôtes et les pensionnaires**. Une pension de famille ayant plus de 30 résidents précise que tous sont invités au comité de résidents, afin que la parole de chacun soit bien représentée ; les élus tiennent quant à eux leur rôle de représentants au conseil de concertation. Dans une autre structure plus petite et qui n'a pas de conseil de concertation, les résidents ont élu des représentants qui participent au Conseil de la Vie Sociale (CVS) de l'association. Le CVS tient ici le rôle d'un conseil de concertation et s'ajoute aux groupes d'expression avec l'hôte.

Les temps d'échange permettent aux résidents de s'exprimer sur la vie collective de la pension de famille ainsi qu'aux professionnels de délivrer des informations collectives. Parfois, ces instances permettent également de prévoir ensemble les activités à venir. La fréquence de ces temps d'échange est très variable d'une structure à l'autre : d'une fois par semaine à deux fois par an, ou seulement « *si problème* ». Par ailleurs, ces réunions peuvent être obligatoires, afin que tout le monde entende les mêmes choses et ait le même degré d'information. Un hôte, où les réunions sont facultatives, souligne que les temps collectifs sont peu investis et que les échanges lors des temps informels sont donc privilégiés. Pour un autre, au contraire, ces temps collectifs sont importants car ils permettent de désamorcer des conflits, que ce soit entre résidents ou avec les professionnels : « *les résidents règlent leurs comptes et disent ce qu'ils souhaitent améliorer, souvent des petits détails [...] ; les petites choses ont un impact sur le moral des gens* ».

Un autre professionnel estime que le comité des résidents est un vecteur de l'accès à l'autonomie et que « *c'est important qu'ils puissent retrouver une parole citoyenne* ». Cependant, **le vécu des pensionnaires par rapport à ces instances d'échange est très variable**. Quelques-uns y sont complètement indifférents et sont dans l'incapacité de citer un seul sujet abordé lors d'une réunion ou encore déclarent écouter ce qui s'y passe, sans eux-mêmes y prendre part ou faire des propositions ou remarques. D'autres estiment que ces réunions sont une perte de temps qui n'apporte rien. Plusieurs raisons ont été soulevées : la difficulté de parler devant les autres, les sujets évoqués car seuls les problèmes sont exposés, le fait que ce soit toujours les mêmes qui prennent la parole ou encore car « *il y a toujours des histoires* ». Une résidente déclare également : « *Ils s'inquiètent pour rien ; on n'est plus des gosses. Parfois, je préfère rien raconter et me débrouiller moi-même* ». Enfin, un troisième groupe de résidents souligne l'utilité de ces temps collectifs où ils ont « *la libre parole* ». Ils notent une réactivité de la part des professionnels dans le règlement des problèmes évoqués en réunion – lorsque cela est possible. Par ailleurs, un résident relève les apports en termes de sociabilité : « *je m'y rends si possible à chaque fois ; c'est important de sortir de sa chambre et de discuter ensemble* ».

En outre, l'existence de comités de résidents n'empêche pas des échanges sur des temps individuels, le plus souvent informels. En effet, rares sont les pensions de famille ayant institué des rendez-vous individuels réguliers avec les résidents, afin de faire le point sur leur situation. Dans une des structures rencontrée, les professionnels organisent des rendez-vous individuels administratifs tous les quinze jours « *même si tout va bien ; ça permet de prévoir les besoins, aides, renouvellements... c'est un temps dédié pour la personne, sa situation, sa problématique* ». Mais, dans la plupart des cas, les échanges individuels sont faits lors de temps informels, qu'ils soient déterminés (comme le café quotidien du matin), occasionnels (rencontre dans le couloir) ou utilitaires (besoin ponctuel du résident qui se rend au bureau de l'hôte). L'un des hôtes souligne l'importance de cette parole : « *On parle beaucoup. Ce n'est pas parce qu'on est assis autour de la table à boire un café qu'on ne travaille pas. C'est presque plus important de parler aux gens que de faire des trucs... Je vous assure : parler avec les gens, il en sort plein de choses. Là, si on a écrit la comédie, c'est que, à force de les regarder, de les écouter, on a sorti une comédie. C'est pour vous dire à quel point les gens ont envie de parler et ce qu'ils vous disent, quelque part, ça vous transperce.* »

Ce besoin de s'exprimer est ressorti fortement des entretiens réalisés avec les pensionnaires. Bien que ce ne soit pas l'objectif initial de cette étude, ils s'en sont saisis pour se raconter. Ayant peu de griefs à exprimer par rapport aux conditions de logement ou au fonctionnement de la pension de famille, les personnes qui ont accepté de participer à un entretien ont, pour la plupart, parlé de leur passé difficile, **des liens sociaux qu'ils ont pu construire à la pension de famille et de la solidarité qu'ils y ont trouvée**, que ce soit avec les professionnels ou avec les autres résidents.

3. Accompagnement sanitaire

Comme pour l'accompagnement social, l'accompagnement sanitaire des résidents implique un certain nombre de partenariats avec des organismes de santé. Bien que la circulaire n° 2002-595 prévoie uniquement l'instauration de partenariats avec les services psychiatriques – « *pour les personnes ayant des problèmes psychiques [...] un partenariat avec les secteurs et intersecteurs psychiatriques devra être organisé* » –, dans la réalité les professionnels des pensions de famille sont amenés à travailler à divers spécialistes, ainsi qu'avec les médecins traitants des résidents. Cependant, ces coopérations, tout comme la gestion des problèmes de santé des résidents ne sont pas toujours aisées pour des professionnels issus principalement du champ social.

A. UN MANQUE DE MEDECINS TRAITANTS VOLONTAIRES

Avec les professionnels sanitaires qui interviennent au sein des pensions de famille, les rapports sont généralement bons, qu'il s'agisse des infirmiers à domicile ou des visites des médecins traitants. Toutefois, pour ces derniers, deux problématiques sont soulevées. D'une part, **certains médecins ne se déplacent pas à domicile, ce qui peut être compliqué pour les personnes en perte d'autonomie**. Ainsi, lorsqu'il y a une dépendance, les professionnels des pensions de famille peuvent être régulièrement conduits à accompagner les résidents à leurs rendez-vous médicaux. Cela peut

représenter un temps de travail important pour l'hôte qui est alors absent de la pension de famille pour les autres résidents. Cependant, l'un d'entre eux souligne que *« les temps d'accompagnement sont aussi des temps éducatifs où l'on peut, par exemple, rassurer les personnes, travailler sur l'hygiène qui s'avère souvent compliquée, etc. »*

D'autre part, **des territoires sont clairement impactés par le manque de médecins**. D'une manière générale, à Creil, il est difficile de trouver un médecin généraliste et certains résidents n'en ont pas, ce qui leur crée de l'angoisse. Les professionnels se sentent parfois démunis pour gérer cette dernière. Le *« désert médical »* touche également Fresnoy où deux médecins ont pris leur retraite sur les cinq présents sur la commune. Afin de faciliter la désignation du généraliste et donc l'accompagnement, une prise de contact est privilégiée avec les médecins par les partenaires orientant les personnes vers la pension de famille, en amont de leur entrée dans la structure. En effet, un interlocuteur, non impacté par cette problématique du manque de médecins, note toutefois qu'*« un résident qui arrive, c'est super compliqué de lui trouver un médecin traitant, parce qu'en plus, ils sont un peu stigmatisés. La [pension de famille] n'est pas identifiée partout par ses partenaires extérieurs. En général, [...] ils ne font pas du tout la distinction entre la pension de famille qui reste du logement et le CHRS où ça reste des prises en charge plus courtes »*.

Les hôtes admettent cependant que, **du fait de leurs troubles psychiatriques et de leurs addictions, il s'agit d'un public difficile**. Les résidents ont, par exemple, du mal à intégrer les règles inhérentes à un rendez-vous médical. Régulièrement, ils n'honorent pas le rendez-vous qui a été fixé avec le médecin traitant, ou bien n'ont pas la patience d'attendre que ce soit à leur tour et quittent la salle d'attente. De même, pour les visites à domicile, certains résidents ne patientent pas dans leur logement et les médecins perdent du temps à les localiser. *« C'est pas facile pour les médecins car ils ne les respectent pas »* et il arrive que ces derniers abandonnent et ne souhaitent plus suivre de résidents de la pension de famille. Au sein d'une autre pension de famille, le praticien le plus proche a accepté d'être le médecin traitant de la plupart des résidents, ce qui facilite l'intervention des hôtes. Au sein d'une autre structure, un partenariat avait, pendant un temps, été établi avec un médecin qui intervenait une fois par semaine à la pension de famille. Mais ce médecin a arrêté ces visites car *« c'était compliqué pour lui, il avait beaucoup de demandes »*.

B. DES RELATIONS COMPLEXES AVEC LE SECTEUR PSYCHIATRIQUE

Concernant les autres partenariats sanitaires, il a clairement été exprimé dans plusieurs pensions de famille, la difficulté qu'ont les professionnels à travailler avec le corps médical : *« on a beaucoup de mal à travailler avec le corps médical au sens large »*. Les hôtes témoignent notamment du **manque de reconnaissance et de légitimité que les professionnels de santé, notamment les psychiatres, peuvent avoir envers le corps social** : *« Sur le côté psychiatrique, ça reste aussi très compliqué. [...] Les psychiatres, en cas de changement de traitement ou si on observe quelque chose, comme on n'est pas du corps médical, on ne nous écoute pas du tout. »* Ainsi, les professionnels des pensions de famille alertent régulièrement les psychiatres sur les observations qu'ils peuvent faire au quotidien, *« mais pour alerter, il faut être tenace quand même »* ; *« il y a toujours la fracture santé / social »*. Bien que certains psychiatres apprécient le rôle d'alerte des pensions de famille, **la présence d'un**

professionnel de santé au sein des pensions de famille pourrait limiter l'incompréhension qui peut exister entre ces deux mondes.

En effet, au regard de leurs observations quotidiennes sur les changements de situation ou de comportement des résidents, les professionnels des pensions de famille pourraient jouer un rôle bien plus important dans le suivi de la santé des pensionnaires. Comme en témoigne cet enquêté : *« On est les premiers sur la ligne de front qui se rendons compte du changement de comportement. On a des gens qui fréquentent l'hôpital de jour et puis ceux qui sont suivis ponctuellement par des VAD [Visites À Domicile, en psychiatrie] ou des infirmières qui passent. Eux, ils ne se rendent compte de rien en fait : ils viennent une fois tous les quinze jours, c'est trop court, ils ne peuvent pas se rendre compte. C'est vraiment sur place, le personnel au quotidien qui s'en rend compte, et puis qui alerte. »* En même temps, les professionnels des pensions de famille ont besoin d'un relais de la psychiatrie, notamment pour la gestion des crises ponctuelles : *« On est incapables de gérer ça : on n'est pas des médecins. Mais la **gestion de l'urgence avec le secteur de psychiatrie est parfois compliquée, surtout si les personnes ne sont pas connues.** »*

Certaines structures parviennent tout de même à mettre en place des partenariats – le plus souvent informels – avec des établissements de soin psychologiques ou psychiatriques. Il s'agit le plus souvent de liens avec des institutions qui suivent certains résidents de la pension de famille, et notamment les CMP (Centres Médico-Psychologiques). À Beauvais, par exemple, **« un vrai travail de proximité est instauré » avec le CMP et des temps de synthèse sont planifiés en présence des résidents.** Deux structures ont également un partenariat avec un SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés), et d'autres avec des centres de psychothérapie locaux ou des institutions hospitalières locales comme le CHI (Centre Hospitalier Interdépartemental) de Clermont ou encore le Pôle Santé de Château-Thierry où des personnes sans couverture santé peuvent être prises en charge.

C. COMMENT GERER LES ADDICTIONS ?

Pour les professionnels des pensions de famille, **la question des addictions est également compliquée à accompagner** car *« pour le côté addiction, il n'y a jamais rien d'acquis »*. De nombreuses structures sont confrontées par cette problématique et plusieurs ont notamment soulevé des difficultés dans la prise en charge de l'alcoolisme. Certains résidents enchaînent les périodes de cure de désintoxication avec des périodes d'alcoolisation importantes, que ce soit à l'intérieur de leur logement ou en dehors de la pension de famille. Pour pallier cette difficulté, la pension de famille de Camon a mis en place des mesures contraignantes : *« Au regard de l'alcool la tolérance zéro est mise en place. Un test est effectué de manière régulière et cela est clairement explicité lors de l'accueil. Les pensionnaires s'engagent dès l'accueil à respecter et à se prêter à la pratique du test. »* Un résident témoigne de l'efficacité de cette méthode et regrette même que la pension de famille ne procède pas de manière identique pour la drogue. Cette pratique peut cependant interroger la question de la liberté des personnes au sein de leur logement, bien que ces dernières soient prévenues dès l'admission et aient connaissance du règlement de fonctionnement.

Là encore, des partenariats – informels – sont mis en place, essentiellement avec l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie), mais aussi les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) ou la CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail). Mais **l'accompagnement par des professionnels spécialisés dans les problématiques addictives ne suffit pas toujours** aux hôtes pour parvenir à gérer les situations. Celles-ci demandent du temps et une expertise que ne possèdent pas les professionnels des pensions de famille : *« Ça devient une difficulté pour nous aussi parce que, déjà, on ne peut pas faire du un pour un – c'est un peu compliqué par rapport à nos postes – et, à un moment donné, il faut savoir nos limites. On veut bien accompagner, on veut bien faire nos missions, mais on ne peut pas aller au-delà de nos missions non plus. À un moment donné, on n'est pas des soigneurs, on n'est pas médecin, on n'est pas infirmier, on n'est pas tout ça. On a beau travailler avec nos partenariats, si la personne a cette maladie qui n'en finit pas, qui continuera à évoluer de toute façon, là ça devient difficile pour nous, on ne peut pas gérer ça. »*

Les situations de dépendance ont impact négatif sur l'ensemble du fonctionnement des pensions de famille. Leur gestion est parfois tellement compliquée pour les hôtes, la personne elle-même et les autres résidents que, *« à un moment donné, on ne peut pas faire autrement que travailler une orientation au niveau du soin [...] parce que nous, on ne peut pas travailler ces choses-là avec eux, on n'est pas habilités à le faire non plus »*. Cette question de la légitimité et des missions des hôtes concernant la santé des résidents revient à de nombreuses reprises. En effet, excepté les liens avec les partenaires de santé, les hôtes n'ont pas de rôle défini au niveau sanitaire. Jusqu'où doivent-ils ou peuvent-ils aller ? Ainsi, plusieurs structures ont souligné l'importance d'**avoir un renfort sanitaire au sein de la pension de famille**, avec, au minimum, des temps d'auxiliaire de vie ou de psychologue pour accompagner les résidents.

D. DES FONCTIONNEMENTS INTERNES VARIÉS QUANT À L'ACCOMPAGNEMENT PROPOSÉ

À l'heure actuelle, la posture professionnelle des hôtes au regard de l'accompagnement à la santé des résidents est extrêmement variée d'une pension de famille à l'autre. Le spectre des fonctionnements va d'une autogestion complète de leur santé par les résidents à une prise de rendez-vous et un suivi des traitements médicamenteux quasi-systématique par les hôtes. Cependant, **le plus souvent les résidents sont autonomes dans la prise de leurs rendez-vous ainsi que pour se rendre aux consultations**. En cas de besoin, pour les personnes dépendantes ayant des difficultés à se déplacer, les hôtes les accompagnent en voiture, ce qui leur permet éventuellement d'avoir un échange avec le praticien rencontré. De même, pour les personnes n'étant pas en capacité psychique de le faire seules, les hôtes peuvent se charger de prendre les rendez-vous des résidents et de leur rappeler leur engagement le jour même.

Revenons toutefois sur les **deux fonctionnements plus atypiques : l'autogestion et le suivi systématique**. Dans le premier cas, la position des professionnels de la pension de famille est la suivante : *« on n'accompagne pas, volontairement ; notre objectif, il ne faut pas l'oublier, c'est quand même l'autonomie, donc on ne peut pas non plus leur tenir la main sans arrêt »*. Ainsi, ils n'interviennent ni dans le suivi des rendez-vous, ni dans l'accompagnement physique, ni dans la prise de médicaments. Cette position interroge sur la distinction entre l'autonomie acquise et

l'accompagnement à l'autonomie. En effet, les professionnels témoignent des difficultés auxquelles sont parfois confrontés les résidents pour gérer psychiquement un déplacement en transport en communs ou encore que « *souvent, dans les moments où ils sont un peu dans la déprime, ils ne vont pas à leur rendez-vous* ». Certes, l'acquisition de l'autonomie prend du temps, mais il semble nécessaire que celle-ci puisse être davantage accompagnée afin de ne pas – trop – mettre en difficulté les résidents et ne pas risquer des ruptures de soins.

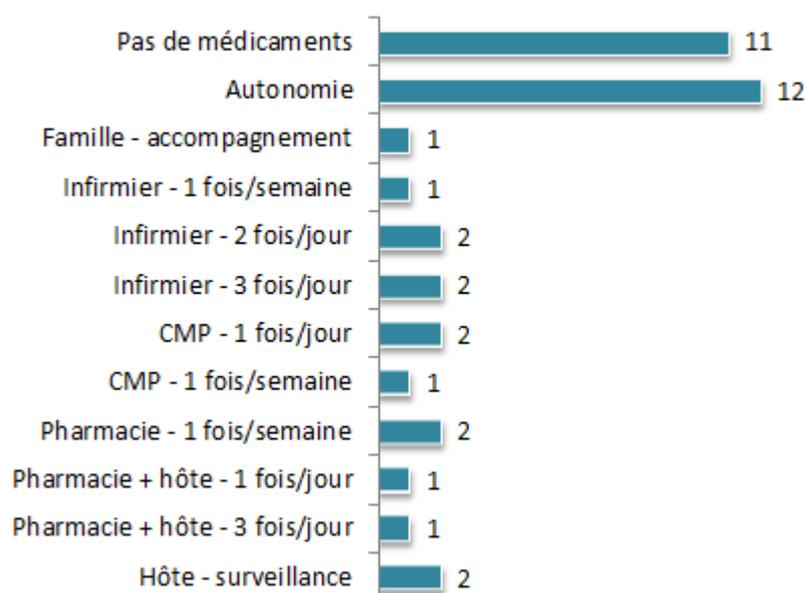
À l'inverse, pour viser l'autonomie, il semble également nécessaire de laisser un peu de libre-arbitre aux personnes. Or, dans une autre pension de famille, les professionnels ont un regard sur l'ensemble du parcours médical des résidents, y compris ceux qui sont en capacité de gérer seuls leur santé : « *Ceux qui sont autonomes pour aller chez leur médecin, ils vont chez le médecin, ils reviennent avec un nouveau rendez-vous, ils nous le donnent, comme ça nous on le note dans l'agenda et on peut les prévenir du prochain rendez-vous. Tout ce qui est rendez-vous médicaux, on a le suivi* ». Les professionnels disposent également des ordonnances, des traitements et du suivi de ces traitements, avec notamment une distribution quotidienne des médicaments pour la quasi-totalité des résidents, excepté ceux qui en ont formulé la demande et qui sont en capacité de gérer leur traitement.

Il arrive, dans d'autres pensions de famille, que les professionnels demandent systématiquement une copie des ordonnances « *pour fournir le traitement aux pompiers en cas de malaise ; c'est important car la prise de traitement peut avoir des conséquences individuelles, mais aussi collectives* ». Dans ce cas, l'objectif est clairement défini au niveau collectif, les personnes ayant toutefois la possibilité de prendre des rendez-vous médicaux personnels, sans en référer forcément aux professionnels. Dans d'autres structures, les hôtes n'ont pas du tout connaissance des traitements médicaux des pensionnaires.

En effet, lorsque les résidents ont besoin d'un accompagnement pour la prise de leurs médicaments, celui-ci est le plus souvent supervisé par les infirmiers qui interviennent à leur domicile ou par le CMP qui accompagne la personne. **Les infirmiers et le CMP préparent le pilulier de leur patient** en fonction de la fréquence de leur venue, hebdomadaire ou quotidienne voire, pour un résident interrogé, trois fois par jour. **Deux pensions de famille rencontrées ont également un partenariat avec une pharmacie** qui prépare directement les piluliers des résidents. Par ailleurs, dans une structure, si les pensionnaires ont des problèmes psychiatriques, les professionnels demandent l'accord du thérapeute et du résident pour préparer eux-mêmes le pilulier. Le graphique suivant montre toutefois que la plupart des résidents sont autonomes dans la préparation et la prise de leurs médicaments, voire qu'ils n'ont pas traitement.

Les résidents ayant besoin d'une aide dans la préparation de leur pilulier prennent ensuite leurs médicaments seuls ou, éventuellement, sous la surveillance de l'hôte, ce qui semble leur convenir. Lorsqu'il y a une surveillance de l'hôte, celle-ci est, le plus souvent, mise en place à la demande du résident que cela rassure. La situation est conflictuelle pour une seule des personnes rencontrées, les professionnels estimant qu'elle a un traitement lourd ne pouvant pas être laissé à disposition tandis que la personne préférerait gérer ses médicaments et s'en sent capable : « *Il faut que j'aie les chercher là-bas tous les matins. Ça ne me convient pas trop car je pourrais me débrouiller tout seul.* »

Entretiens : distribution et prise des médicaments



Source : Entretiens individuels réalisés auprès de 38 résidents – APRADIS Picardie

Les fonctionnements internes diffèrent également en ce qui concerne les actions de prévention sanitaire proposées aux résidents. Quelques pensions de famille ne mettent pas du tout en place de temps prévention, tandis que la plupart a une ou deux actions annuelles récurrentes liées à des partenariats institués. Par exemple, une structure propose tous les ans un test tuberculeux alors que l'hôte convient lui-même que, les problèmes de consommation étant importants au sein de la pension de famille, il serait plus approprié de proposer de la prévention aux addictions, ce qui n'est pas fait. Une autre propose de la prévention à l'alcool et aux Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) pour l'ensemble des personnes prises en charge par l'association. Celle-ci portant un FJT, l'intervention sur les MST peut être utile aux jeunes ; elle l'est moins pour les résidents de la pension de famille.

Enfin, au sein de quelques pensions de famille, **un programme adapté aux problématiques des résidents leur est proposé, en lien avec des partenaires locaux** : ANPAA, CARSAT, CSAPA, ANPS, maison de la santé, CMP, associations communales, etc. Les temps de prévention portent essentiellement sur les questions d'addiction et d'alcool, mais aussi sur l'alimentation, l'hygiène de vie qui sont deux problématiques récurrentes, les bilans de santé, la vaccination, les cancers (sein, colon), le sida, etc. La pension de famille de Creil est celle proposant le plus d'actions de sensibilisation. Celles-ci se déroulent parfois en plusieurs temps, avec une première action où les partenaires interviennent au sein de la structure et une deuxième action qui se déroule à l'extérieur comme, par exemple, les marches santé pour prévenir les cancers. Pour les professionnels, ce deuxième temps aide aussi les résidents à se familiariser avec l'extérieur et à « *les préparer à la sortie* ».

Notons également que, lors des entretiens, **plusieurs résidents (4) ont déclaré regretter le manque de prévention** au sein de la pension de famille. L'un considère, par exemple, que des temps de prévention sur l'alimentation seraient bénéfiques et permettraient de savoir se préparer des repas équilibrés. Un autre trouve que, au regard des problématiques de la pension de famille, il serait nécessaire de mettre en place des actions de prévention sur le tabac et la drogue. Cependant, deux de ces résidents restent assez dubitatifs quant au succès potentiel de ces temps de sensibilisation : s'ils étaient organisés, les enquêtés ne sont pas sûrs que ces propositions susciteraient l'adhésion des autres résidents. L'un d'entre eux précise que les résidents ne sont pas habitués à ce type de service et « *préfèrent plutôt compter sur l'entraide et la bienveillance collective* ».

E. GESTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE ET ORIENTATIONS EVENTUELLES

L'installation des pensions de famille s'est souvent faite dans des **bâtiments anciens, qui ne sont pas forcément adaptés aux personnes à mobilité réduite**. Ainsi, parmi les dix structures visitées pour cette étude, seuls deux bâtiments sont adaptés : rampe d'accès, ascenseur, taille des logements permettant également de se déplacer en fauteuil, etc. Dans l'une d'entre elles, les salles-de-bain et toilettes sont également adaptés dans tous les logements tandis que, dans l'autre, les salles-de-bains sont équipées de baignoires. Les professionnels comme les résidents ont soulevé cette difficulté : l'une des résidentes interrogée a, par exemple, besoin d'une aide à la toilette, alors qu'elle pourrait être autonome si elle disposait d'une douche.

Dans la majorité des pensions de famille (6), le bâtiment n'est pas accessible, ou pas totalement accessible, mais dispose cependant de quelques logements adaptés aux personnes à mobilité réduite. Le plus souvent, les logements du rez-de-chaussée ont été aménagés et les étages ne sont pas accessibles. Cela demande une certaine organisation, au regard de l'état de santé des résidents, pour proposer en priorité, lorsqu'ils se libèrent, les logements situés au rez-de-chaussée aux personnes les plus dépendantes. Cependant, des professionnels notent que « *la plupart du temps, les pensionnaires refusent de quitter le logement* » qui leur a été attribué initialement.

Enfin, deux pensions de famille ne sont pas du tout adaptées. Dans l'une, l'architecture paraissait initialement adaptée mais aujourd'hui, au regard du public vieillissant, professionnels comme résidents constatent que ce n'est plus le cas. Par exemple, l'absence d'ascenseur pour se rendre dans les logements pose de plus en plus problème, de même que la hauteur des marches pour entrer dans les douches. Un projet de rénovation est à l'étude depuis plusieurs années mais, à ce jour, il est possible que ce dernier n'aboutisse pas en raison du coût trop élevé. Dans l'autre structure, un nouveau bâtiment devrait être construit prochainement. En attendant, le bâtiment actuel n'est pas adapté, avec des escaliers qu'un résident estime dangereux, des douches sur le palier, un sol extérieur glissant, etc.

En outre, **la taille des logements ne permet pas toujours aux résidents qui en ont besoin de disposer de matériel adapté**. Ainsi, une personne résidant dans un studio soulève la problématique de l'accès aux logements en fauteuil roulant et l'impossibilité de pouvoir y installer un lit médicalisé. À l'inverse, certaines pensions de famille sont constituées de logements relativement grands. Ceci a

permis à l'un des résidents rencontré d'adapter son logement, avec un lit médicalisé ou encore l'installation d'un siège dans la douche et de barres pour se relever.

Les enquêtés font cependant rarement le lien entre l'accessibilité de la pension de famille et leurs propres problèmes de mobilité. Nous avons pu observer, par exemple, des résidents ayant des difficultés à marcher, nous affirmer que la localisation de leur logement au deuxième étage sans ascenseur ne leur posait pas de désagrément. En outre, la définition de l'autonomie a été âprement discutée lors d'un entretien collectif avec les résidents, la plupart estimant qu'ils étaient tous autonomes tandis que quelques-uns trouvaient qu'ils étaient nombreux à avoir des problèmes de mobilité. De leur côté, **les professionnels sont nombreux à soulever des questionnements relatifs à la perte d'autonomie** – davantage qu'à l'avancée en âge, l'autonomie n'étant pas forcément liée à la vieillesse. En effet, le nombre de pensionnaires en perte d'autonomie évolue avec l'augmentation en âge – ce qui a un impact sur la vie de la pension de famille : *« comme c'est un public vieillissant, c'est de plus en plus dur de les faire bouger »* –, mais les professionnels observent également un vieillissement prématuré des résidents, beaucoup ayant une santé dégradée avant 60 ans.

La plupart du temps, cette perte peut être compensée par des dispositifs comme la téléassistance ou des prises en charge à domicile avec l'intervention de différents praticiens, notamment les Services d'Aide à Domicile (SAD) et les Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD), voire une Hospitalisation À Domicile (HAD) en cas de besoin. Dans la gestion de la perte d'autonomie, **le travail de l'hôte est directement impacté par la mise en place de ces différents services, ainsi que par les accompagnements nécessaires** qui ne sont pas compensés par des services à domicile (courses, démarches administratives, rendez-vous médicaux, action sur la prise de médicaments, etc.)

Lorsque la perte d'autonomie est trop importante pour que la personne puisse rester dans son logement, une orientation est alors nécessaire. Celle-ci doit être travaillée avec le résident qui n'est pas toujours prêt à quitter son domicile : *« il y a un gros travail de mise en confiance, il faut les préparer au départ »*. Pour anticiper les orientations et gérer le moins possible des situations dans l'urgence, plusieurs pensions de famille ont des liens avec des EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), des maisons de retraite ou des foyers-logement de proximité et organisent régulièrement des visites avec les résidents. Lorsqu'une orientation est nécessaire pour une personne, des visites supplémentaires sont souvent nécessaires. Du fait de la médicalisation importante de ces établissements, les personnes âgées de plus de 60 ans sont principalement orientées vers un EHPAD et les professionnels des pensions de famille ne soulèvent pas de manques concernant une structure intermédiaire.

En revanche, **l'orientation des moins de 60 ans en perte d'autonomie se trouve confrontée à l'absence de solutions pour ce public** : *« Tant que les personnes peuvent rester dans leur logement, c'est bon. Quand elles ne peuvent plus parce que physiquement elles ne sont plus du tout autonomes, c'est que, dans ce cas-là, elles ressortent d'un EHPAD. Il peut y avoir une transition par le foyer-logement personnes âgées, mais... Le problème, c'est les gens qui n'ont pas 60 ans. [...] Les solutions, il n'y en a pas. On a eu des situations en famille d'accueil, pour qui c'était complètement adapté. Il y a les centres de vie, mais après on tombe dans le monde du handicap, ou un FAM [Foyer d'Accueil Médicalisé], mais c'est vraiment pour le handicap. Donc ces personnes qui ont une santé très*

dégradée et qui ont moins de 60 ans, aujourd'hui, à l'heure actuelle, il n'y a pas de solution. » Trop jeunes pour aller en EHPAD, en maison de retraite ou en foyer-logement personnes âgées, les autres structures ne peuvent être adaptées qu'à certaines personnes : celles ayant une reconnaissance de handicap ou bien encore celles ayant des problèmes psychiatriques reconnus pour accéder à un appartement thérapeutique.

Si, la plupart du temps, les pensions de famille s'adaptent à la perte d'autonomie des résidents, cela réinterroge les missions des professionnels autour du maintien à domicile. Par la suite, lorsqu'une pathologie s'aggrave, **les professionnels sont confrontés à leurs limites et se posent de nombreuses questions** : « *On est dans plein de questionnements. [...] On est dans ce questionnement de se dire qu'est-ce que l'équipe peut faire et jusqu'où l'établissement va pouvoir accepter certaines choses. [...] Comment on doit se comporter ? Comment on doit accompagner, surtout, ces personnes-là ? Parce qu'on n'est plus vraiment dans une autonomie non plus, parce qu'il y a une régression autour de la santé qui est là. Qu'est-ce que la maison-relais va pouvoir apporter à ces personnes-là réellement ? Est-ce qu'on est du médico-social ou bien est-ce qu'on est un établissement social ? C'est se re-questionner sur tout ça aussi. On a l'impression d'être dans un établissement médico-social.* » Ces professionnels s'interrogent à la fois sur les problématiques de santé qui entraînent une perte d'autonomie (vieillesse, addictions, problèmes psychiatriques), mais aussi sur la gestion de la fin de vie.

F. DES FORMATIONS NECESSAIRES DES HOTES A LA GESTION DE LA FIN DE VIE

Comme nous l'avons vu précédemment, plus de la moitié des pensions de famille de Picardie a été confrontée à au moins un décès dans l'année (56 %), parfois deux, voire trois décès. D'après les entretiens, il s'agit parfois de décès violents au sein de la pension de famille, mais surtout de décès à l'hôpital suite à de longues maladies. Ainsi, les professionnels sont amenés à accompagner la fin de vie des personnes concernées, mais aussi à accompagner les résidents dans cet événement qui peut être traumatisant pour les pensionnaires, comme pour les hôtes. Or, **les hôtes n'ont pas bénéficié de formations spécifiques sur cette question et la plupart exprime une difficulté dans la gestion de ces situations** : « *c'est des moments vraiment pas faciles* » ; « *on le fait avec notre sensibilité, nos moyens aussi, par rapport à ces événements, mais après c'est vrai que, pour l'accompagnement, ce n'est pas évident quand même* » ; « *c'est compliqué à vivre* » ; « *c'est vrai que c'est des émotions... c'est vraiment un parent* » ; « *on n'est jamais prêts ; on est bousculés ; démunis, non, parce qu'il faut faire face aussi et continuer à être dynamique pour le groupe ; donc c'est une période difficile, il ne faut pas se voiler la face* ».

Pour surmonter ces difficultés et pouvoir accompagner les résidents de manière adéquate, **le soutien des collègues est important**. Le fait que l'équipe soit constituée de deux personnes, ou qu'un psychologue intervienne au sein de la pension de famille, permet des échanges sur la situation et le vécu de chacun : « *j'ai ma collègue psy qui me permet d'évacuer* » ; « *on est là aussi l'un pour l'autre, pour en discuter, pour poser le sac aussi et surtout pas repartir à la maison avec* ». Concernant le soutien par la direction de l'association ou le chef de service, celui-ci est plus ambivalent. Une partie

des hôtes exprime clairement un manque de relais et « le sentiment de ne pas avoir été soutenu » tandis que, pour une autre partie, il y a un vrai soutien de la direction, voire une implication dans la gestion de ces situations : « *on a le chef de service qui est très disponible dans ces cas-là, très présent et très disponible, autant pour nous, l'équipe, que pour les résidents* ». Lors d'un décès, les professionnels d'une pension de famille nous ont également indiqué avoir reçu un accompagnement, en termes d'aide et d'écoute, d'une association locale partenaire (l'ACSSO : Association de Coordination Sanitaire et Sociale de l'Oise), mais cette situation semble exceptionnelle. Ainsi, pour les hôtes qui travaillent seuls au sein de la structure, sans relais de leur responsable ou d'un partenaire, le décès d'un résident peut être psychologiquement difficile à gérer. Or, un hôte ayant des difficultés à surmonter la situation aura lui-même du mal à accompagner les autres résidents.

En effet, au regard des liens sociaux créés au sein de la pension de famille, la perte d'un voisin peut également signifier la perte du meilleur ami. Les hôtes doivent « *surtout être vigilants pour les résidents, qu'ils puissent venir à n'importe quel moment quand ça ne va pas bien* ». Cette **disponibilité vis-à-vis des résidents** se retrouve dans toutes les pensions de famille. Certains professionnels organisent des groupes de parole, d'autres préfèrent se tenir à disposition des résidents pour des échanges individuels, tout en apportant une vigilance particulière aux personnes qui ne parlent pas mais en auraient besoin. Ainsi, cet hôte qui, suite au décès d'un pensionnaire, a estimé nécessaire d'échanger avec chacun des résidents : « *J'en ai parlé individuellement. Je n'ai pas fait de réunion collective, ça ne me semblait pas forcément opportun, j'ai préféré en parler avec chacun individuellement.* » En fonction des moyens des résidents, et parfois avec une participation de l'association, des actions sont également organisées autour de l'enterrement : plaque, fleurs, organisation de la venue des pensionnaires à l'enterrement, etc. Encore une fois, les hôtes n'ayant pas de formation spécifique sur cette question, il est possible – et eux-mêmes en conviennent – qu'ils n'aient pas le comportement adéquat. Il serait intéressant que **les professionnels puissent se référer à des protocoles concernant la gestion de la fin de vie** et, d'une manière plus générale, la santé.

D'autre part, lors du décès d'un résident, **l'hôte doit régler un certain nombre de démarches administratives**. Lorsque la personne décédée n'a plus de famille – ce qui est fréquent – ou pas de tutelle – ce qui est plus rare –, l'hôte doit organiser les obsèques : « *c'est mettre la tenue du cercueil, vider le logement, organiser l'enterrement... et ça c'est des choses marquantes dans notre travail* ». Lorsqu'il y a une famille, les relations avec celle-ci peuvent aussi s'avérer compliquées, notamment lorsque le résident n'avait plus de contacts avec les membres de sa famille. Pour pallier au maximum les difficultés organisationnelles liées à un enterrement et afin de respecter au mieux les volontés du résident décédé, l'un des hôtes recueille dès l'entrée des informations : « *maintenant j'essaie, quand je reçois les personnes en entretien, de savoir s'il y a un petit peu de famille, s'ils veulent être enterrés religieusement ou pas et puis s'ils ont des assurances obsèques* ». Dans une autre pension de famille, il est conseillé aux résidents de laisser une enveloppe fermée dans leur dossier, avec leurs souhaits, afin de ne pas aller à l'encontre de leurs dernières volontés. Ces deux actions peuvent être pointées comme des bonnes pratiques mais, dans le premier cas, cela nécessiterait également une formation à ce recueil de données.

BESOINS SANITAIRES ET SOCIAUX : PRECONISATIONS

Cette étude met clairement en avant les bienfaits des pensions de famille pour des personnes fortement désocialisées ou, comme le prévoit la circulaire précédemment citée (n° 2002-595), pour des « *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* ». Il y a une vraie **utilité sociale** de ces structures, qui est telle que la plupart des résidents ne souhaite pas en partir et que les durées de présence y sont relativement importantes. C'est l'un des revers de la médaille : victimes de leur succès, les pensions de famille manquent de fluidité pour accueillir de nouvelles personnes.

Par ailleurs, le fonctionnement même des pensions de famille semble adéquat. Ainsi, la possibilité pour les résidents de pouvoir être logés sans limitation de durée, assortie d'accompagnement humain et social leur permet de se reconstituer et d'accéder à l'autonomie. En effet, dans ces structures, **le taux de sorties positives est élevé : deux-tiers** déménagent dans un logement autonome, chez des amis ou de la famille ou en maison de retraite et seule une sortie sur dix peut être considérée comme négative : hospitalisation psychiatrique, hébergement social, incarcération ou sans domicile.

Il faut cependant savoir ce que l'on entend par pension de famille car il existe une forte hétérogénéité des structures au niveau :

- des capacités d'accueil : de 10 à 40 personnes accueillies ;
- des professionnels intervenant au sein de la structure : nombre de professionnels, formation des hôtes, intervention ou non de bénévoles ;
- de la proximité d'autres établissements de la structure associative, et donc de la mutualisation de certaines activités ;
- des activités et accompagnements proposés, que ce soit au niveau sanitaire ou social ;
- de l'accessibilité des bâtiments ;
- des partenariats formalisés ou informels pour les activités, les accompagnements sociaux, les accompagnements sanitaires, les temps de prévention, etc.

Par rapport à la question initiale du vieillissement et de la perte d'autonomie, les pensions de famille sont, pour la plupart, bien implantées et accessibles, avec une homogénéité des ressentis sur cette question. Ce qui n'est pas homogène est la perception de la perte d'autonomie, les professionnels ayant une vision de cette question et des interrogations que ne se posent pas les résidents étant eux-mêmes en perte d'autonomie. **Le travail d'accompagnement pour un maintien à domicile, mais**

surtout une réflexion sur l'après, lorsque la dépendance sera trop importante pour rester dans le logement, s'avèrent presque toujours très compliqués à mettre en place.

Par ailleurs, et bien qu'elle ne porte pas sur les parcours des résidents, l'étude a mis en exergue une hétérogénéité des parcours ayant conduit à un logement au sein d'une pension de famille : sorties de CHRS, hospitalisations en psychiatrie, sorties de prison, personnes à la rue, etc. En revanche, l'analyse de la situation actuelle des pensionnaires, fait ressortir un certain nombre de points communs, avec notamment :

- une grande précarité économique : très peu de pensionnaires travaillent et les principales ressources sont l'AAH et le RSA ;
- des problèmes de santé importants, en lien notamment avec des questions d'addiction et des troubles psychiques ;
- un isolement social non négligeable, avec des liens familiaux peu fréquents et un réseau amical relativement restreint, voire inexistant ;
- une perception globalement positive, voire très positive, de la structure d'accueil, du logement occupé, de l'accompagnement proposé.

Ainsi, les personnes qui résident en pension de famille sont, pour la plupart des personnes qui ne pourraient pas se loger en milieu diffus, par manque de moyens. Celles qui souhaitent déménager sont d'ailleurs contraintes de stabiliser d'abord leurs ressources. En outre, **les résidents trouvent au sein de la pension de famille un accompagnement pour leurs difficultés sociales et sanitaires, voire une simple présence, qui les rassure et leur permet de mieux gérer leurs troubles psychiatriques.**

Les besoins sanitaires et sociaux des résidents sont difficilement identifiables car ces derniers, ayant eu des parcours de vie très compliqués, expriment peu de besoins et sont relativement satisfaits de leur situation, ainsi que du fonctionnement de la pension de famille. Bien que la majorité d'entre eux se trouve dans un état de santé relativement dégradé, les résidents identifient mal leurs besoins de santé. Au niveau social, ils bénéficient d'un accompagnement par les professionnels de la pension de famille, tandis que peu de services sociaux interviennent au sein des structures et que peu de partenariats sont formalisés avec des institutions et services extérieurs. Or, la circulaire régissant les pensions de famille¹⁷ spécifie, dans la partie traitant du « *projet social*¹⁸ » de ces structures, que :

« Toutes les personnes accueillies [...] peuvent continuer à être suivies par le service social ou médico-social qui les a orientées vers la maison relais. Si tel est le cas, [...] le partenariat local d'intervention sociale avec les services sociaux de secteur sera alors formalisé. Il doit en aller de même pour les

¹⁷ Circulaire DGAS/SDA n° 2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais.

¹⁸ Soulignons que, si la circulaire précitée prévoit un projet social au sein des pensions de famille, rien n'est précisé concernant le versant sanitaire.

personnes ayant des problèmes psychiques pour lesquelles un partenariat avec les secteurs et intersecteurs psychiatriques devra être organisé. »

Aujourd'hui, **les besoins sanitaires et sociaux des résidents nécessitent de nouvelles compétences au sein des pensions de famille**. En dehors de la circulaire du 10 décembre 2002, il n'y a pas de reconnaissance de la fonction d'hôte. Or, on observe actuellement un décalage entre les missions des hôtes telles que définies dans cette circulaire et la réalité effective du terrain. Par ailleurs, les profils et les fonctions des hôtes sont très différents d'une pension de famille à l'autre. Ceux-ci expriment beaucoup d'interrogations sur les contours de leur travail, les limites de l'accompagnement n'étant pas clairement définies et les hôtes se trouvant confrontés à des situations variées et éloignées de leurs compétences, notamment au niveau sanitaire. Ils ont besoin que leurs missions soient délimitées pour ne pas les mettre eux-mêmes en difficulté.

En termes de besoins sanitaires et sociaux des résidents, les points saillants qui ressortent de cette étude sont les suivants :

- **Peu de besoins sociaux spécifiques**, en sus de l'accompagnement proposé par les hôtes et les intervenants extérieurs. En effet, certains résidents sont autonomes pour toutes leurs démarches administratives et sociales et, pour les autres, leurs besoins sont relativement bien pourvus par :
 - un accompagnement social au sein de la pension de la pension de famille ;
 - une tutelle ou curatelle présente ;
 - une aide à domicile au sein du logement (ménage, courses, cuisine).
- **Des questions en lien avec la santé des résidents :**
 - des problèmes de santé récurrents, qu'ils soient déniés ou non : addictions, alimentation, sommeil, santé mentale, dentition, etc. ;
 - des besoins sanitaires peu identifiés par les personnes elles-mêmes ;
 - un accompagnement proposé par les pensions de famille bien perçu mais qui trouve ses limites dans la construction même des pensions de famille ;
 - l'avancée en âge peu identifiée comme un problème en soi, mais une question qui va se poser suite à la volonté de nombreux résidents de finir leur vie au sein de la pension de famille ;
 - des questions liées à l'accompagnement de la fin de la vie à domicile et à l'accompagnement des autres résidents.

Ces différents constats invitent à réinterroger :

1. **Les partenariats avec les services sociaux**, et notamment avec les travailleurs sociaux de secteur, pour davantage d'interventions au sein des pensions de famille.

En termes de droits sociaux, le droit commun pourrait être davantage mobilisé pour les résidents des pensions de famille. Si besoin, les hôtes accompagnent les résidents dans leurs démarches administratives, mais, parmi les dix structures rencontrées, une seule fait intervenir un travail social de secteur au sein de la pension de famille. De tels partenariats permettraient à la fois au travailleur social de secteur d'être sollicité lors de plages horaires définies (une demie journée par semaine, par exemple), mais également de dégager du temps à l'hôte pour d'autres activités et/ou accompagnements.

2. **Le profil des hôtes au regard des besoins sanitaires.**

Les résidents des pensions de familles ont, pour la plupart, des problématiques de santé nombreuses et très souvent importantes. Or, les hôtes ont un profil leur permettant de proposer un accompagnement social, mais pas d'accompagnement sanitaire. Ils sont pourtant amenés à suivre les rendez-vous médicaux des résidents, à les guider vers les professionnels sanitaires adéquats ou encore à veiller à la prise de médicaments. Cette situation entraîne une réinterrogation du profil des hôtes au regard des besoins sanitaires des résidents :

- Les hôtes doivent-ils avoir un rôle dans la gestion de la santé des résidents ?
- Les hôtes doivent-ils bénéficier d'une formation ou d'une sensibilisation aux questions sanitaires ?
- Leur profil doit-il être modifié afin d'être davantage en adéquation avec les besoins sanitaires des pensionnaires ?
- Manque-t-il une structure ou des intervenants sanitaires en parallèle des hôtes ?

3. **Les partenariats avec le milieu sanitaire**, afin de :

- Mettre en place des conventions pour une prise en charge collective des résidents (pharmacies, infirmiers, etc.)

Afin de pallier en partie aux difficultés soulevées dans le point précédent, la mise en place de conventions avec des acteurs sanitaires permettrait une meilleure prise en charge collective des résidents. Ainsi, une des pensions de famille rencontrées a créé un partenariat avec une pharmacie locale prenant en charge la gestion des médicaments de l'ensemble des résidents de la structure. Ce partenariat permet, par exemple, de confier la préparation des piluliers à des professionnels de la

santé, tout en déchargeant les hôtes de cette responsabilité. De même, des partenariats avec des infirmiers permettraient une meilleure coordination des interventions sanitaires au sein de la pension de famille. Il faut cependant être vigilant à ce que les résidents puissent garder le droit de s'adresser au partenaire privilégié de la structure ou au professionnel de santé de leur choix.

- Faire le lien avec les Contrats Locaux de Santé (CLS) pour une prise d'engagement des partenaires.

La mobilisation des partenaires de santé passe également par une meilleure connaissance de ces structures et des problématiques sanitaires de ses résidents. Le Contrat Local de Santé est l'outil qui semble le plus approprié pour articuler les besoins des populations – en l'occurrence les résidents des pensions de famille – avec les dispositifs existant au niveau local et les financements visant à mettre en place les engagements pris. En outre, les CLS visent à limiter les inégalités sociales en agissant notamment sur la promotion de la santé, la santé mentale et l'accès aux soins, trois domaines où les besoins des résidents sont importants. C'est donc un outil qu'il est nécessaire de mobiliser sur chaque territoire.

4. **La gestion de l'accompagnement à la fin de vie des résidents** : nécessité d'une formation de l'ensemble des hôtes et professionnels intervenant au sein des pensions de famille.

Cette étude a montré que les pensions de familles sont des structures régulièrement confrontées au décès d'un des pensionnaires, que ce soit au sein même de l'établissement ou à l'hôpital. Or, comme son nom l'indique, une pension de famille est un lieu familial où résidents comme professionnels partagent de nombreux moments de leur vie. Chaque décès peut donc être un traumatisme et les professionnels vont devoir à la fois gérer leur propre ressenti tout en accompagnant les résidents dans cette étape. Une formation leur est nécessaire pour répondre au mieux aux différentes réactions de chacun.

LISTE DES SIGLES UTILISES

A

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés

ACSSO : Association de Coordination Sanitaire et Sociale de l'Oise

ACT : Appartement de Coordination Thérapeutique

AEP : Accueil Et Promotion (association)

AHI : Accueil, Hébergement et Insertion

ALD : Affection de Longue Durée

ALUR : Accès au Logement et un Urbanisme Rénové (loi)

AMP : Aide Médico-Psychologique

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

ANPS : Association Nationale pour la Prévention de la Santé

ANSA : Agence Nouvelle des Solidarités Actives

APL : Aide Personnalisée au Logement

APRADIS : Association pour la Professionnalisation, la Recherche, l'Accompagnement et le Développement en Intervention Sociale

ARE : Allocation d'aide au Retour à l'Emploi

ARS : Agence Régionale de Santé

ASC : animateur Socio-Culturel

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASS : Allocation de Solidarité Spécifique

ASS : Assistant de Service Social

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

B

BEP : Brevet d'Études Professionnelles

BPJEPS : Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport

C

CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CAPES : Certificat d'Aptitude au Professorat de l'Enseignement du Second degré

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CAU : Centre d'Accueil d'Urgence

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CESF : Conseiller en Économie Sociale et Familiale

CH : Centre Hospitalier

CHI : Centre Hospitalier Interdépartemental

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CLS : Contrat Local de Santé

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMU : Couverture Maladie Universelle

CRF : Centre de Rééducation Fonctionnelle

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CVS : Conseil de la Vie Sociale

D

DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale

DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

DIHAL : Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement

DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

E

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ES : Éducateur Spécialisé

F

FJT : Foyer de Jeunes Travailleurs

H

HAD : Hospitalisation À Domicile

I

IREPS : Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé

L

LHSS : Lits Halte Soins Santé

M

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

ME : Moniteur Éducateur

MM : Maître de Maison

O

OGFM : Organisme de Gestion de la Ferme de Moyembrie (association)

P

PLIE : Plan Local pour l'Insertion et l'Emploi

R

RSA : Revenu de Solidarité Active

S

SAD : Service d'Aide à Domicile

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

SSIAD : Service de Soins Infirmiers À Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

V

VAD : Visite À Domicile (psychiatrie)

Guide d'entretien collectif avec les résidents

Pouvez-vous nous décrire une journée type au sein de la pension de famille ?

- Y a-t-il des horaires à respecter ?
- Comment sont gérés les espaces communs ? Les espaces privés ?
- Que diriez-vous de l'organisation proposée à la pension de famille ? Celle-ci correspond-elle à vos besoins ?

Quelles sont les activités proposées par la pension de famille ?

- Activités de loisirs à l'intérieur de la pension de famille ? Lesquelles ? À quelle fréquence ? Par qui ?
- Activités de prévention à l'intérieur de la pension de famille ? Sur quels thèmes ? À quelle fréquence ? Par qui ?
- Activités à l'extérieur de la pension de famille ? Lesquelles ? À quelle fréquence ?
- Comment et avec qui ces activités sont-elles élaborées ?

Le lieu d'implantation de la pension de famille vous permet-il de vous déplacer aisément, de faire vos démarches et d'avoir une vie sociale ?

- Y a-t-il des transports en commun ?
- Y a-t-il des commerces et administrations publiques de proximité ?
- Quels sont les services dont vous auriez besoin et qui ne sont pas facilement accessibles ?
- Dans la vie quotidienne et pour les démarches administratives, êtes-vous accompagnés ? Si oui, pour quelles démarches ?
- Est-ce que cet accompagnement vous paraît suffisant ? Si non, pourquoi ?
- Globalement comment vous sentez-vous au sein de la pension de famille ?

Qu'est-ce qu'être en bonne santé pour vous ?

- Quels sont les facteurs qui favorisent la bonne santé ?
- Ces facteurs sont-ils réunis au sein de la pension de famille ?
- Est-il possible de bien dormir au sein de la pension de famille (rythme des journées ; horaires ; bruit ; intimité) ?
- Êtes-vous sensibilisés au bien manger (question de la prévention : repas équilibrés, etc.) ?
- Comment considérez-vous le confort de la pension de famille ?
- Qui prend les rendez-vous médicaux ?
- Y a-t-il une distribution des médicaments ? Si oui, comment se déroule-t-elle ?
- L'hôte répond-t-il à vos demandes ? Vous oriente-t-il vers des professionnels de santé en cas de besoin ?

Guide d'entretien individuel avec les hôtes

Les professionnels au sein de la pension de famille

Quels sont les différents salariés qui interviennent sur la pension de famille ?

- De quelles formations sont-ils issus ?
- Vous-même, quelle est votre formation ? Quel est votre parcours ?
- Savez-vous comment sont admis les résidents (SIAO, structure accolée...) ? D'où viennent-ils majoritairement ?
- Quelle est votre connaissance des documents d'admission ? de l'orientation de la pension de famille ? de la réglementation ? des finances ?

La pension de famille

Quelles sont les activités proposées au sein de la pension de famille ?

- Comment sont construites les activités ? Sont-elles co-construites avec les résidents ? Quels sont les objectifs de ces activités (sens donné ; but collectif/individuel) ?
- Mettez-vous en place des temps d'échanges (individuels/collectifs) d'expression des résidents ? Avec quels objectifs ? À quelle fréquence ?
- Quels sont les sujets qui y sont abordés ? Quelle participation des résidents ?
- Ces instances d'échange ont-elles permis des changements/ajustements au sein de la pension de famille ?
- Est-ce que certains des changements repérés comme nécessaires n'ont pas pu aboutir ? Lesquels ? Pour quelles raisons (budgets ; ressources architecturales ; freins humains ; etc.) ?
- La configuration intérieure de la pension de famille correspond-elle aux besoins des résidents ?

L'intégration dans la vie de la cité

Le lieu d'implantation de la pension de famille permet-il aux résidents de se déplacer aisément, de faire leurs démarches et d'avoir une vie sociale ?

- Y a-t-il des transports en commun ?
- Y a-t-il des commerces et administrations publiques de proximité ?
- Cette implantation est-elle un avantage ou un obstacle dans le travail quotidien de l'hôte ?
- Quels types d'accompagnement proposez-vous pour que les résidents aient une activité au sein de la cité ?
- Avez-vous mis en place des partenariats spécifiques avec des professionnels du logement (bailleurs sociaux ; structures d'hébergement) pour accompagner la sortie des résidents au regard de leurs besoins respectifs ?
- Travaillez-vous avec des acteurs locaux (associations ; clubs ; infrastructures locales) pour mettre en place vos projets d'animation et d'accompagnement internes et externes ?
- Développez-vous des activités avec des bénévoles ? Lesquelles ? Quelles sont les modalités de travail avec les bénévoles ?

La santé des résidents

Comment percevez-vous l'état de santé des résidents ?

- Un accompagnement au parcours de santé est-il proposé ? Par vous ? Par un autre professionnel ?
- Avez-vous mis en place un suivi des dates de consultation (coordination/planification) afin de les rappeler aux résidents ?
- Des temps de prévention (formels/informels) sont-ils effectués au sein de la pension de famille ou à l'extérieur (alcool ; tabac ; addiction en général ; équilibre alimentaire ; hygiène de l'espace privé ; vaccination ; dépistages divers en fonction de l'âge ; etc.) ?
- Est-ce que vous vous appuyez sur des acteurs de santé locaux (médecins ; spécialistes ; hôpitaux ; secteur psychiatrique ; etc.) pour des problématiques de santé particulières des résidents (prévention ; orientation ; accompagnement) ?
- Vous arrive-t-il d'intervenir auprès des résidents pour des questions d'hygiène (aération du logement ; encombrement du logement ; péremption dans le réfrigérateur ; etc.) ?
- L'avancée en âge des résidents pose-elle des interrogations nouvelles dans votre organisation (gestion de la promiscuité ; respect des rythmes de vie ; etc.) ?
- Êtes-vous confrontés à la fin de vie ? Vous sentez-vous formés ? Soutenus ?

Guide d'entretien individuel avec les résidents

Le logement comme espace privé

Comment vous sentez-vous dans votre logement ?

- Avez-vous une chambre individuelle ?
- D'autres personnes ont-elles les clefs de votre logement ?
- Qui s'occupe du ménage de votre logement, de la décoration... ?
- Des personnes peuvent-elles rentrer dans votre logement en votre absence ? Est-ce que c'est vous qui les autorisez à rentrer ?

Le logement comme espace de vie

Ce logement vous permet-il d'avoir une vie sociale ?

- Y recevez-vous de la famille ? des amis ? un conjoint ?
- Y a-t-il des horaires de visite imposés ?
- Participez-vous aux activités proposées par la pension de famille ? Celles-ci sont-elles adaptées à vos capacités ?

L'intégration dans la vie de la cité

Le lieu d'implantation de la pension de famille vous permet-il de vous déplacer aisément, de faire vos démarches et d'avoir une vie sociale ?

- Y a-t-il des transports en commun ?
- Avez-vous le permis de conduire ? Un véhicule personnel ?
- Y a-t-il des commerces et administrations publiques de proximité ?
- Avez-vous des activités extérieures ou des lieux auxquels vous êtes attachés (clubs sportifs ; ludiques ; culturels ; café/bar ; médiathèques ; etc.) ?
- Avez-vous un emploi ? Suivez-vous une formation ? Avez-vous déjà travaillé ? Dans quel domaine ?
- Comment et quand faites-vous vos courses (périodicité ; moyen de transport ; etc.) ?

Autonomie des personnes et accompagnement proposé

Dans votre vie quotidienne et pour les démarches administratives, estimez-vous être autonomes ou avez-vous besoin d'être accompagné ? (*capacités cognitives ; mobilité ; gestion du budget*)

- Pour la vie quotidienne (faire les courses ; aller travailler ; accéder aux loisirs ; etc.) ? Quel accompagnement ? Par qui ?
- Pour les démarches administratives (banque ; assurance maladie ; mutuelle/CMU ; etc.) ? Quel accompagnement ? Par qui ?
- Avez-vous des aides financières pour votre logement ? Avez-vous été accompagné dans les démarches pour obtenir ces aides ? Par qui ?
- Êtes-vous à la recherche d'un emploi ? Bénéficiez-vous d'un accompagnement particulier dans vos recherches (pôle emploi ; missions locales ; CAP emploi) ?
- Êtes-vous inscrit sur les listes électorales ? Si vous votez, êtes-vous accompagné pour aller voter ou pour faire les démarches de procuration ?

Le recours médical des résidents

Selon vous, c'est quoi être en bonne santé ?

- Avez-vous un médecin traitant ? Un dentiste de référence ? Un gynécologue ?
- Avez-vous déjà réalisé un bilan de santé ? Quand ?
- Estimez-vous avoir une bonne alimentation ?
- Êtes-vous suivi médicalement pour des difficultés particulières ? Lesquelles ? Par qui ?
- Estimez-vous avoir besoin d'un suivi médical auquel vous n'avez pas accès actuellement ? Pour quelle(s) difficulté(s) ? Pourquoi, selon vous, aucun suivi n'est mis en place ?

L'accompagnement à la santé

Comment êtes-vous accompagné d'un point de vue médical ? (*accompagnements internes et externes à la structure*)

- Est-ce que des services interviennent régulièrement à votre domicile (type SAVS ; SAMSAH ; CMP ; SSIAD ; auxiliaire de vie ; etc.) ? Lesquels ? À quelle fréquence ?

- Prenez-vous vos rendez-vous médicaux seuls ou bien quelqu'un le fait pour vous ? Qui ?
- Si vous avez des médicaments à prendre, les prenez-vous seuls ou bien un professionnel de la structure vous les distribue ? Qui ?
- L'hôte répond-t-il à vos demandes ? Vous oriente-t-il vers des professionnels de santé en cas de besoin ?

Les impacts de la vie en collectivité sur la santé

La vie en collectivité bouscule-t-elle vos habitudes de vie ? (les questions liées au confort renvoient à l'accessibilité vis-à-vis du corps, des capacités motrices de la personne etc.)

- Estimez-vous bien dormir (rythme des journées ; horaires ; bruit ; intimité) ?
- Estimez-vous bien manger ?
- Comment considérez-vous le confort dans votre logement ? De la pension de famille ?

Le projet de vie en termes de logement

Pensez-vous rester vivre au sein de la pension de famille ou s'agit-il d'un lieu temporaire ?

- Vous imaginez-vous vivre toujours ici dans 6 mois ? 1 an ? 3 ans ?
- Dans quel type d'endroit voudriez-vous aller vivre ?
- Si vous avez le projet de partir prochainement, êtes-vous accompagné dans la recherche d'un logement extérieur ? Par qui ? Comment ?
- Depuis combien de temps vivez-vous dans ce logement ?
- Quel âge avez-vous ?

Logement Pensions de famille Accompagnement Santé Vieillesse Perte d'autonomie Troubles psychiatrique Social Addictions

L'étude en quelques mots

Les résidents des pensions de famille ont des problématiques sanitaires et sociales ne leur permettant pas d'accéder dans l'état à un logement ordinaire et trouvent, au sein de ces structures, un encadrement par des professionnels. Les pensions de famille répondent à un besoin temporaire des personnes logées et la proportion de sorties positives vers un logement autonome est élevée. Cependant, sur le long terme, de nombreux résidents souhaitent également continuer à vivre au sein de leur logement. Ainsi, le vieillissement de la population et les problèmes de santé des résidents entraînent une surreprésentation des personnes en perte d'autonomie, ce qui impacte fortement l'accompagnement proposé par les hôtes. Via un état des lieux de l'adéquation entre les besoins sanitaires et sociaux des résidents et les réponses apportées, cette étude propose des préconisations permettant de s'adapter aux évolutions.



➤ Adresse

20 Square Friant les Quatre Chênes
80039 AMIENS Cedex 1

➤ Contacts

Téléphone :
+ 33 3 22 33 89 00

Télécopie :
+ 33 3 22 33 89 33

