



Besoins sanitaires et sociaux des résidents de pensions de famille en Picardie

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

Cette étude a été réalisée, à la demande de la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS), dans le cadre de la convention de financement 2015 DRJSCS-ARS-CREAI de Picardie. Le travail a été mené par le Département d'Études, de Recherches et d'Observation de l'APRADIS Picardie (Association pour la Professionnalisation, la Recherche, l'Accompagnement et le Développement en Intervention Sociale).

Les pensions de famille : logement et accompagnement

Les pensions de famille, également appelées maisons relais, sont des structures relativement jeunes dans le paysage social. Les premières ont vu le jour suite à un programme expérimental lancé en 1997 et, en 2002, la circulaire DGAS/SDA n° 2002-595 est venue préciser leur intérêt et leur mode de fonctionnement. Aujourd'hui, le Code de la construction et de l'habitation en apporte la définition suivante : « La résidence sociale

dénommée "pension de famille" est un établissement destiné à l'accueil sans condition de durée des personnes dont la situation sociale et psychologique rend difficile leur accès à un logement ordinaire » (art. L. 633-1). Les résidents y bénéficient d'un logement et non pas d'un hébergement, mais également d'un encadrement par un ou plusieurs professionnels, nommés hôtes. Ces derniers ont des formations diverses, essentiellement

dans le domaine social ou de l'animation (moniteur éducateur, aide médico-psychologique, éducateur spécialisé, conseiller en économie sociale et familiale, maître de maison, animateur social ou socio-culturel, etc.), voire pas de formation spécifique. Or, du fait des caractéristiques des résidents et de leurs problèmes de santé, les hôtes sont amenés à leur proposer un accompagnement, autant au niveau social que sanitaire.

Objectifs et méthodologie de l'étude

Cette étude vise à déterminer les besoins sanitaires et sociaux des résidents de pension de famille et les réponses qui leur sont apportées, afin notamment de pouvoir anticiper les besoins liés au vieillissement de la population. Trois grands objectifs ont été définis par le comité de pilotage :

- 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.

Une double méthodologie a été employée :

- L'analyse des rapports d'activité de l'ensemble des pensions de famille de l'ancienne région administrative de Picardie, afin d'avoir une vision globale à la fois des caractéristiques sociodémographiques des résidents et des modes de fonctionnement de ces structures.
- Des entretiens semi-directifs auprès d'un panel de 10 pensions de famille. Cet échantillon a été construit à partir,

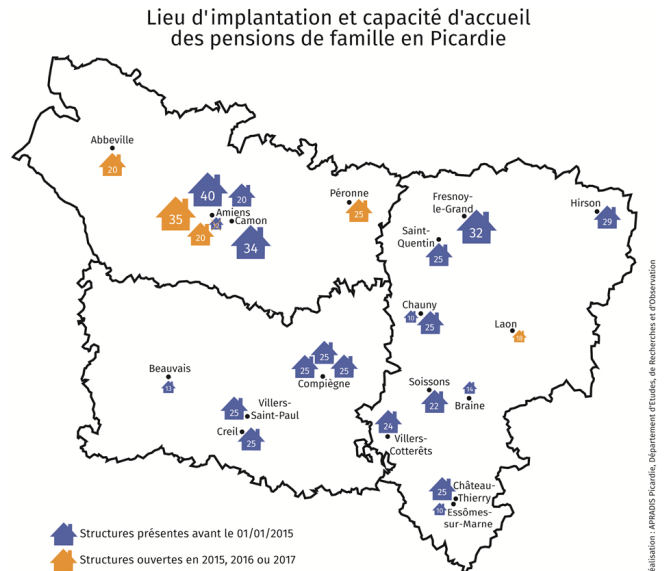
entre autres, de la localisation géographique des pensions de famille et des caractéristiques des résidents repérées dans les rapports d'activité.

Les entretiens avec les résidents se sont déroulés sur la base du volontariat, en deux temps : tout d'abord en entretien collectif, puis en entretien individuel afin d'approfondir les questions de dépendance et de perte d'autonomie. Près de 80 résidents ont été interrogés, dont 38 en entretien individuel approfondi. De plus, 16 professionnels intervenant au sein des pensions de famille ont participé à un entretien, les hôtes étant des personnes ressources pour apporter des réponses aux besoins des résidents.

Localisation des pensions de famille en Picardie

Début 2015, 20 pensions de famille sont installées en Picardie, avec une capacité totale de 460 places (en violet sur la carte). Le développement de ce type de structure est important puisque, fin 2008, la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) comptabilisait seulement 13 pensions de familles, pour une capacité de 278 places. Sur la période 2008-2015, le nombre de places en pension de famille sur le territoire a augmenté en moyenne de + 9% chaque année. Cette tendance se poursuit avec l'ouverture de plusieurs structures, prévues ou effectives, en 2015, 2016 et 2017 (en orange sur la carte). Une capacité supplémentaire de 106 places est prévue, soit une augmentation moyenne de + 11% par an. Par conséquent, début 2017, 24 pensions de famille en Picardie pourront accueillir 566 personnes, dont une résidence accueil de 18 places dédiée aux personnes ayant un handicap psychique.

L'Aisne est le département où l'offre est la plus nombreuse avec, début 2015, la moitié des structures située dans ce département, ainsi que près de la moitié des places (47%). Tout en restant importante, cette proportion va diminuer et représentera 41% des places début 2017. Cela est dû aux évolutions actuelles dans le département de la Somme où les pensions de famille sont en pleine expansion, passant de quatre structures et 23% des places début 2015 à sept structures et 34% des places début 2017. Entre ces deux années, le nombre de pensions de famille reste quant à lui stable dans l'Oise, avec six structures. Ainsi, ce département qui concentrait 30% des places début 2015, en représentera seulement 25% début 2017. C'est, au regard du nombre d'habitants, le département le moins bien doté de Picardie.



Profil 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 population masculine et âgée. Quatre cinquièmes des résidents sont des hommes et deux-tiers ont plus de 50 ans. Les plus de 60 ans représentent plus du quart de la population (27,8%).

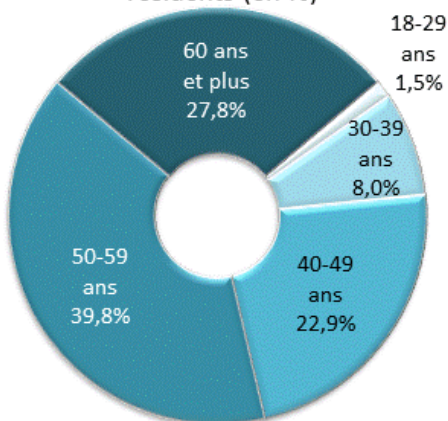
- Un isolement social non négligeable, avec des liens familiaux peu fréquents et un réseau amical relativement restreint, voire inexistant.

- Une grande précarité économique : très peu de pensionnaires travaillent et leurs principales ressources sont le Revenu de Solidarité Active (RSA) et l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH).

- Des problèmes de santé importants, en lien notamment avec des questions d'addiction et des troubles psychiques. La question sanitaire est, de loin, la problématique la plus récurrente, les résidents cumulant divers problèmes de santé et ayant, pour certains, des problèmes de santé graves.

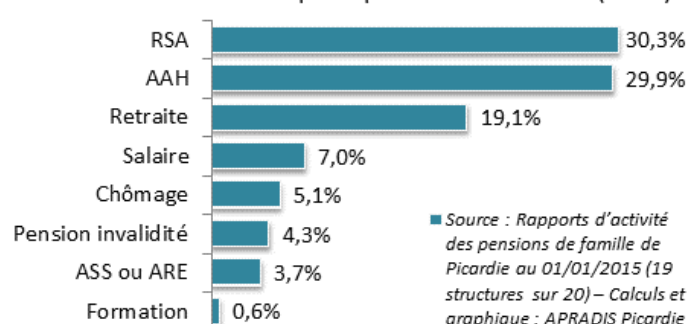
Ainsi, les personnes qui résident en pension de famille sont, pour la plupart des personnes qui ne pourraient pas se loger en milieu dif-fus, par manque de moyens. Celles qui souhaitent déménager sont d'ailleurs contraintes de stabiliser d'abord leurs ressources. En outre, les résidents trouvent au sein 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.

Répartition par âge des résidents (en %)



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

Ressources principales des résidents (en %)



Place centrale des hôtes dans l'accompagnement

Les résidents verbalisent peu de besoins sanitaires et sociaux. Ayant eu des parcours de vie très compliqués, ils sont en effet relativement satisfaits de leur situation, ainsi que du fonctionnement de la pension de famille.

Au niveau social, ils bénéficient d'un accompagnement par les hôtes, 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 précitée régissant les pensions de famille spécifie, dans la partie traitant du « projet social » 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 personnes ayant des problèmes psychiques pour lesquelles un partenariat avec les secteurs et intersecteurs psychiatriques devra être organisé.* »

Au niveau sanitaire, bien que la majorité des résidents se trouve dans un état de santé relativement dégradé, ils identifient mal leurs besoins de santé. En outre, la prise en charge de leur santé peut être quelque chose de difficile à gérer pour eux. 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. 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.

Utilité sociale des pensions de famille

Cette étude met clairement en avant les bienfaits des pensions de famille pour des personnes fortement désocialisées, rencontrant des difficultés sociales et/ou sanitaires importantes. Ainsi, les résidents interrogés ont une perception globalement positive, voire très positive, de la structure d'accueil, du logement occupé et de l'accompagnement proposé. L'utilité sociale de ces structures 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, le taux d'occupation est important et 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.

Problématiques sanitaires

Les professionnels des pensions de famille sont confrontés à diverses difficultés relatives à la prise en charge de la santé des résidents :

- Un manque de médecins traitants volontaires, d'une part en lien avec le désert médical touchant certains territoires et, d'autre part, du fait que les troubles psychiatriques et les addictions des résidents en font un public difficile à accompagner.
- Des relations complexes avec le secteur psychiatrique, du fait d'un manque de compréhension entre les secteurs social et sanitaire ainsi que d'un manque de reconnaissance et de légitimité, par des professionnels de santé, notamment les psychiatres, envers le corps social.
- Une difficulté, pour les hôtes, à gérer les situations de rechutes liées aux addictions et à accompagner les résidents concernés, y compris en partenariat avec des professionnels spécialisés.
- Une difficulté à définir la place et le rôle des hôtes dans l'accompagnement à la santé des résidents, le curseur allant d'un suivi systématique de toutes les démarches à une autogestion complète de leur santé par les résidents.

Les décès en pension de famille

Le vieillissement en pension de famille est lié à un taux de sortie relativement faible (16% par an) et au fait que près de la moitié des résidents interrogés souhaite finir leur vie au sein de la pension de famille. D'ailleurs, plus d'une structure sur deux est confrontée à au moins un décès au cours de l'année et près d'une place sur cinq qui se libère est due au décès de l'un des résidents (18,8%). Les décès représentent 2,6% des places en pension de famille.

- Un temps de travail des hôtes et des missions impactés par la gestion de la perte d'autonomie des résidents. Celle-ci interroge fortement les professionnels qui observent une augmentation du public concerné. 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. De plus, il n'existe pas de solutions pour certains publics, comme les moins de 60 ans.

- Des formations à la gestion de la fin de vie nécessaires pour les hôtes et les professionnels intervenant en pension de famille. En effet, ceux-ci sont régulièrement confrontés au décès d'un résident (cf. encadré) et ne sont pas armés pour y faire face.

Besoins sanitaires et sociaux : Quelques préconisations

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, 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.

Pour une meilleure adéquation avec les besoins sanitaires et sociaux des résidents, il est nécessaire de :

1. Créer des partenariats avec les services sociaux, et notamment avec les travailleurs sociaux de secteur, pour davantage d'interventions au sein des pensions de famille. En effet, en termes de droits sociaux, le droit commun est peu mobilisé pour les résidents des pensions de famille. Des partenariats avec les services sociaux de secteur permettraient à la fois de solliciter les travailleurs sociaux de secteur lors de plages horaires définies (une demi-journée par semaine, par exemple), mais également de dégager du temps à l'hôte pour d'autres activités et/ou accompagnements.

2. Réinterroger 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. Il est nécessaire de clarifier le rôle des hôtes et, éventuellement, d'adapter leur profil : Doivent-ils avoir un rôle dans la gestion de la santé des résidents ? 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. Créer des partenariats avec le milieu sanitaire, afin de :

3.a. Mettre en place des conventions avec des acteurs sanitaires pour une prise en charge collective des résidents (pharmacies, infirmiers, etc.). Un partenariat avec une pharmacie locale prenant en charge la gestion des médicaments de l'ensemble des résidents de la structure qui le souhaitent 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.

3.b. 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 CLS est l'outil qui semble

le plus approprié pour articuler les besoins des populations 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. Former à la gestion de l'accompagnement à la fin de vie des résidents.

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.

Le rapport complet est téléchargeable sur le site de la DRJSCS Hauts-de-France et de l'APRADIS Picardie.



APRADIS Picardie

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

6-12 rue des Deux Ponts- 80000 Amiens

Téléphone : 03 22 66 33 99- Fax : 03 22 52 61 99

Site Internet : www.apradis.eu

