

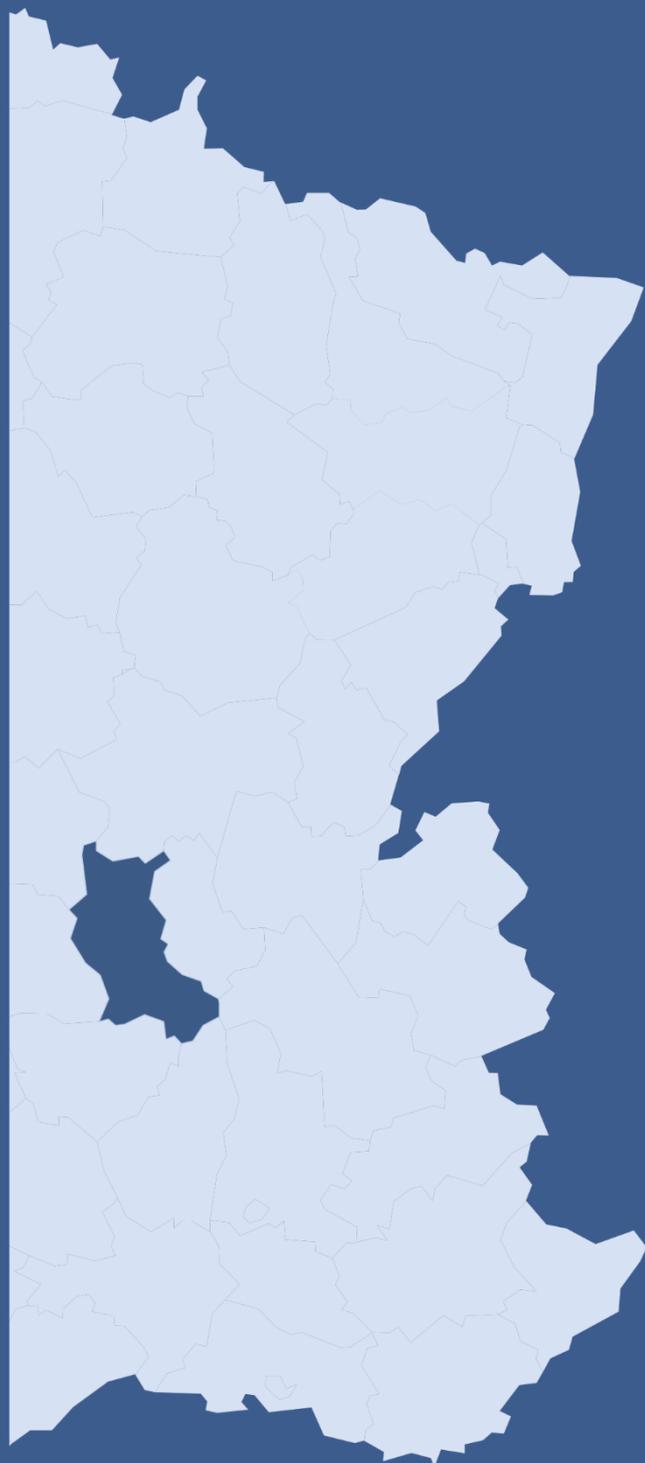
OBSERVATOIRE

SIAO 42 LOIRE

Note d'observation

*Les besoins et équipements
des résidences sociales
dans la Loire (pensions de
famille et résidence accueil)*

Juillet
2023



NOTE D'OBSERVATION

LES BESOINS ET EQUIPEMENTS DES RESIDENCES SOCIALES DANS LA LOIRE
(PENSIONS DE FAMILLE ET RESIDENCE ACCUEIL)

JUILLET 2023

Cette commande à l'Observatoire du SIAO fait suite à une première rencontre du groupe de travail pensions de famille / santé organisé par Deborah Metge, coordinatrice santé précarité au SIAO, et avec la présence de professionnels (*chefs de service et/ou travailleurs sociaux*) de pensions de famille du GCS GRAHL 42.

Le but de cette première réunion était de discuter des possibilités de réponses à un appel à projet mais aussi d'échanger autour des besoins concernant le sujet de la santé au sens large dans les structures qui est une préoccupation redondante. C'est ce qu'observent les professionnels du SIAO par exemple lors des orientations avec des discussions et des refus souvent liés à la question de la santé. Les échanges avec les professionnels des pensions de famille lors de ce groupe de travail ont aussi mis en lumière des difficultés liées à ce sujet. Enfin, cette question est aussi largement ressortie des entretiens réalisés par l'observatoire avec les professionnels des pensions de famille pour l'enquête sur *l'accès au logement des personnes en situation de précarité*¹.

Diverses problématiques liées à la question de la psychiatrie, de l'addiction mais aussi du vieillissement en structure ont donc été mises en lumière. Toutefois, bien que la discussion ait largement tourné autour de la question de la santé (*c'est un sujet prépondérant mais il s'agissait aussi du thème de la rencontre*), d'autres sujets ont été évoqués (*isolement social, démarches administratives*) dans une moindre mesure. Le groupe de travail a donc souhaité une observation plus large que la santé.

Ainsi, au-delà de ces premières données qualitatives, **l'observatoire s'est proposé de venir en appui aux réflexions du groupe en objectivant dans un premier temps les besoins des différents interlocuteurs, en croisant les points de vue, et en les confrontant aux équipements des différentes structures.**

¹ Observatoire du GCS GRAHL 42, *L'accès au logement des personnes en situation de précarité*, 2023

METHODE

** Dans un souci de simplification, nous utilisons dans cette étude le terme « hôte de maison » pour désigner tous les professionnels travaillant en interne et au quotidien dans les pensions de famille (certaines associations font la distinction hôte / travailleur social ou certains chefs de service sont à la croisée entre coordination et hôte).*

- Réalisation d'une analyse croisée sur la base de **3 questionnaires** pour :
 - Les hôtes de maison : 8 ont répondu. Toutes les associations sont représentées sauf ARALIS par manque de temps ; Les informations sur les pensions de famille ARALIS récoltées dans un autre contexte que cette note d'observation seront recensées dans le tableau d'état des lieux mais ne seront pas utilisées dans le cadre de l'analyse car il aurait été nécessaire de pouvoir les croiser avec les points de vue et besoins exprimés des professionnels via le questionnaire.
>> Pensions de famille Pétin Gaudet ASL = 2 réponses ; Paul Bouchet ASL = 2 réponses ; Malescourt ASL = 1 réponse ; Jean Parot SOLIHA Asile de nuit (ADN) = 1 réponse ; résidence accueil Charles Beaudelaire (RCB) = 1 réponse ; Bravard ADOMA = 1 réponse
 - Les cheffes de services : 2 ont répondu.
>> ASL = 1 réponse ; ACARS = 1 réponse
Le petit effectif de réponses ne permet pas de ressortir des généralités mais est à considérer comme l'expression de points de vue individuels. Les réponses ont donc été utilisées dans cette étude pour appuyer ou étoffer des éléments.
 - Des résidents volontaires : 37 résidents ont répondu. Toutes les associations ont été représentées.
>> Pétin Gaudet ASL = 5 réponses ; Paul Bouchet ASL = 5 réponses ; Malescourt ASL = 4 réponses ; Gabriel Peri / Béraudière ARALIS = 5 réponses ; Guinard ARALIS = 5 réponses ; Jean Parot SOLIHA ADN = 5 réponses ; RCB ACARS = 4 réponses ; Bravard ADOMA = 4 réponses.
- **Rencontres et/ou échanges avec des pensions de famille d'autres départements** pour nourrir les réflexions :
 - L'ANEF Vallée du Rhône (Nord Ardèche – Annonay)
 - Le Groupement des possibles (l'Isle d'Abeau & Voiron)
- Croisement avec des **études scientifiques externes**
- Utilisation de données qualitatives recueillies lors de l'enquête « *l'accès au logement des personnes en situation de précarité* »²

Cette étude a donné lieu à la présente note d'observation, à un tableau d'état des lieux des équipements des pensions de famille ligériennes et à une présentation PDF synthétisée.

² Observatoire du GCS GRAHL 42, *L'accès au logement des personnes en situation de précarité*, 2023

Sommaire

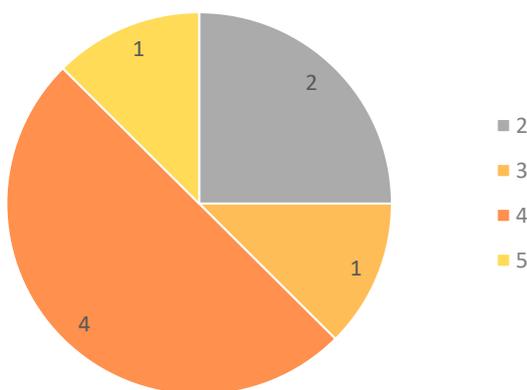
I. Les difficultés en pension de famille dans le champ de la santé.....	6
A. Des difficultés des professionnels autour de la santé aux refus d'orientation	6
B. La question de la santé psychique comme impact n°1 du travail d'accompagnement en pension de famille	9
C. L'accompagnement en pension de famille par les professionnels impacté par les addictions de résidents	10
D. L'accompagnement en pension de famille à l'épreuve du vieillissement en structure	11
II. Les ressources face aux problématiques de santé des résidents	12
A. Pour les professionnels, zoom sur l'insuffisance d'équipements autour de la santé	13
B. Focus sur les besoins d'équipement selon les problématiques	14
C. Une distinction résidence accueil / pension de famille qui met en lumière des points de tension autour du rôle de l'hôte de maison et les orientations	17
D. Le point de vue des résidents : Des besoins en accompagnement sur le volet santé exprimés, mais dans une bien moindre mesure	19
III. Les besoins exprimés au-delà de la thématique « santé »	20
A. Point de vue des professionnels	20
B. Point de vue des résidents	21
IV. Points d'amélioration et partage de bonnes pratiques	23
A. En résumé, les points d'amélioration identifiés précédemment	23
B. Partage de bonnes pratiques	23

I - LES DIFFICULTES EN PENSION DE FAMILLE DANS LE CHAMP DE LA SANTE

A. Des difficultés des professionnels autour de la santé aux refus d'orientation

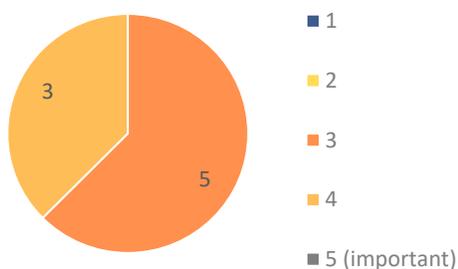
Avoir en pension de famille des résidents souffrant de difficultés d'ordre sanitaires ne constitue pas un problème en soi. En revanche, les questionnaires ont montré que **les problématiques de santé** chez les résidents pouvaient générer une **complexification du travail de l'hôte de maison**.

Part de l'aspect santé dans l'accompagnement individuel sur une échelle de 0 à 5 (0 = jamais; 5 = très fréquent)

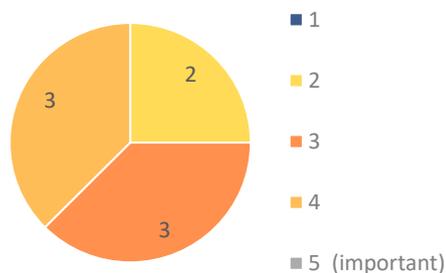


En effet, pour la majorité des hôtes, l'accompagnement individuel dédié à l'aspect santé spécifiquement est fréquent voire très fréquent (pour 5 personnes sur 8, c'est fréquent voire très fréquent) alors même que pour eux, l'accompagnement individuel ne fait pas nécessairement partie des missions d'un hôte de maison, contrairement à l'animation du collectif.

Part d'animation du collectif dans le quotidien de l'hôte

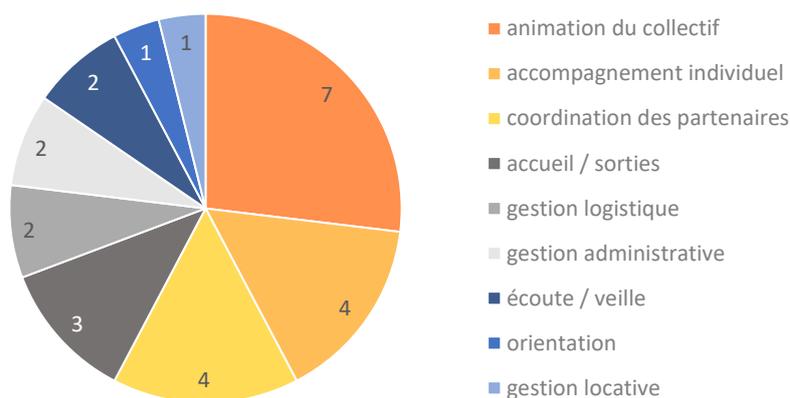


Part d'accompagnement individuel dans le quotidien de l'hôte



En effet, la majorité (5 sur 8) estime dédier un temps moyen (3) à l'animation collective et 3 un temps relativement important (4). Ainsi, pour la moitié des répondants, les temps dédiés au collectif et à l'individuel sont équivalents.

Les missions de l'hôte de maison

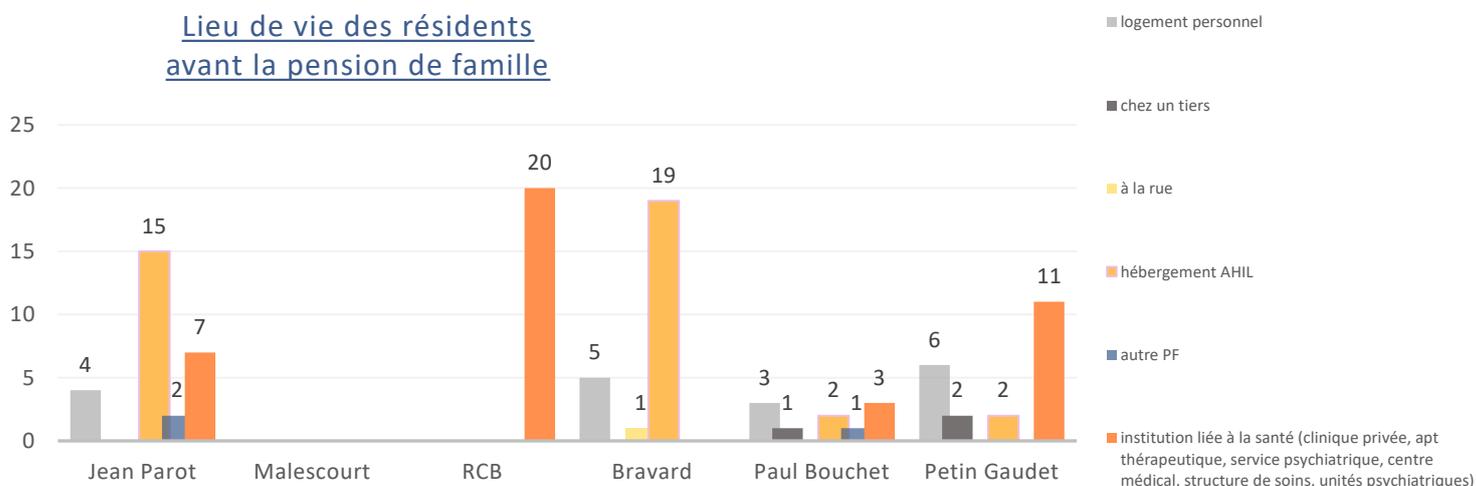


On voit que le temps dédié au collectif correspond globalement aux missions décrites par les hôtes de maison de leur poste (100% des hôtes ayant répondu à cette question estiment que l'animation du collectif fait partie de leurs missions) mais qu'en revanche cela ressort moins clairement pour l'accompagnement individuel : **Tous les répondants déclarent passer du temps sur l'accompagnement individuel alors que seulement 4 personnes sur 7 estiment que cela fait partie de leurs missions.** « *J'accompagne les gens au quotidien dans la globalité, et notamment la santé même si on ne devrait pas normalement avoir ces problèmes, mais malheureusement c'est très chronophage et on passe pratiquement 1/3 de notre temps sur la santé.* » (hôte de maison, pension de famille Jean Parot SOLIHA ADN)

Selon les hôtes de maison, **ces difficultés seraient grandissantes.** En effet, à la question, « avez-vous le sentiment d'une évolution dans les profils des personnes orientées en pension de famille ces 5 dernières années ? », 3 personnes ont répondu « oui ». Ces professionnels ont le sentiment d'accompagner des personnes possédant des difficultés de santé accrues et qui se cumulent davantage ou encore que de plus en plus de personnes concernées souffrantes de troubles psychiques et/ou d'addictions sont orientées. « *La plupart ont des problématiques d'addiction, ça peut être alcoolisme et drogues aussi ; on a pas mal aussi de personnes avec des troubles psychiques, soignés ou non, malheureusement* » (hôte de maison, ARALIS).

Les hôtes qui ont ce ressenti sont issus des structures les plus concernées :

Lieu de vie des résidents avant la pension de famille



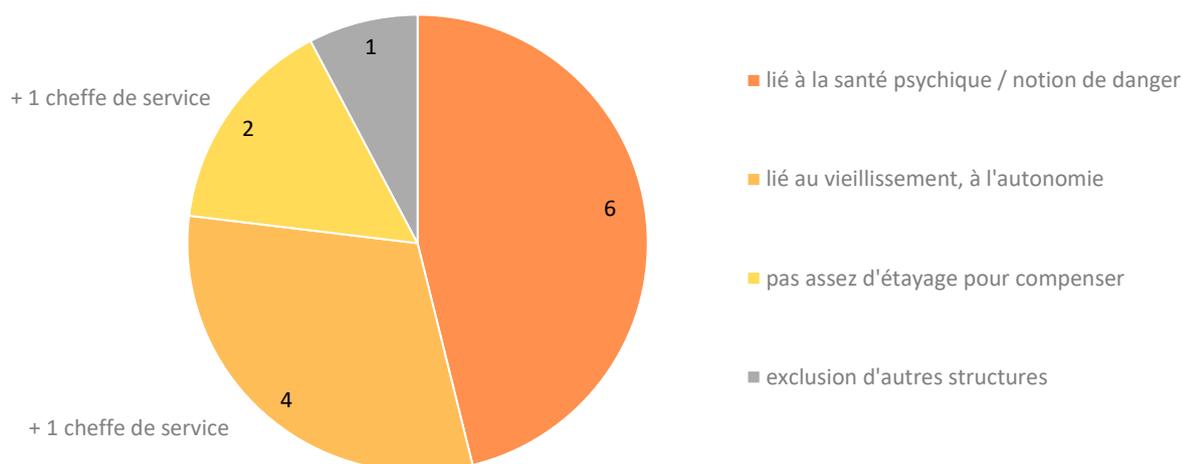
* Sur le graphique, information non renseignée pour Malescourt.

RCB est une résidence accueil donc le cahier des charges prévoit l'accueil de personnes en souffrance psychique suivies spécifiquement, ce qui explique la surreprésentation de personnes issues d'une institution liée à la santé.

En effet, le graphique montre des « profils » avec des parcours résidentiels différents selon les pensions de famille. On constate une surreprésentation des résidents venant d'une institution liée à la santé avant d'intégrer la pension de famille à Pétin Gaudet (10/11 d'un service psychiatrique notamment), Jean Parot et RCB.

Ces difficultés ressenties par les hôtes pour prendre en charge des personnes avec des difficultés sur le plan de la santé peuvent expliquer en partie certains **refus d'orientation**.

Motifs de refus d'admission



En effet, les problématiques de santé représentent pour l'ensemble des professionnels un potentiel motif de refus. C'est en majorité lié à des aspects de **santé psychique**, en cas de **danger pour la personne ou les autres** et lorsque la **situation est non suivie, non stabilisée**, et/ou que **l'étayage n'est pas suffisant** pour la gestion de la situation. C'est aussi lié au **vieillissement** de la personne et à son éventuelle perte d'autonomie. Nous allons regarder de plus près les différentes problématiques de santé concernées dans les parties suivantes.

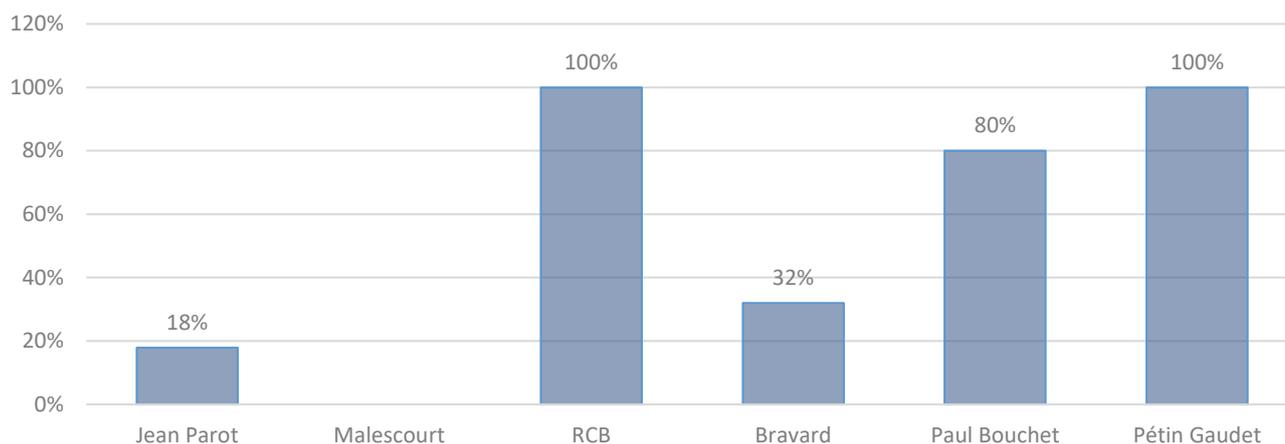
« Je trouve que les orientations ont changé. [...] Parce qu'on voit bien que rien n'est adapté pour ces personnes-là [sur le territoire] mais que le dispositif n'est pas du tout adapté [non plus]. On a le comité interne élargi [...] où on arrive quand même à faire entendre aux partenaires qu'effectivement cette personne on ne va pas la faire rentrer [...] Et pour autant c'est de plus en plus ce type de profils qui est orienté » (cheffe de service, pension de famille Bravard ADOMA).

B. La question de la santé psychique comme impact n°1 du travail d'accompagnement en pension de famille

Les hôtes de maison de toutes les structures ont le sentiment que le travail des professionnels est impacté par des situations de résidents liées à des troubles psychiques, excepté pour RCB (nous reviendrons sur cette spécificité plus loin).

Parallèlement, on constate qu'en 2022, il y a eu des résidents possédant des difficultés liées à la psychiatrie, suivis ou non, dans toutes les pensions de famille.

Part des personnes connues et suivies des services en psychiatrie en 2022

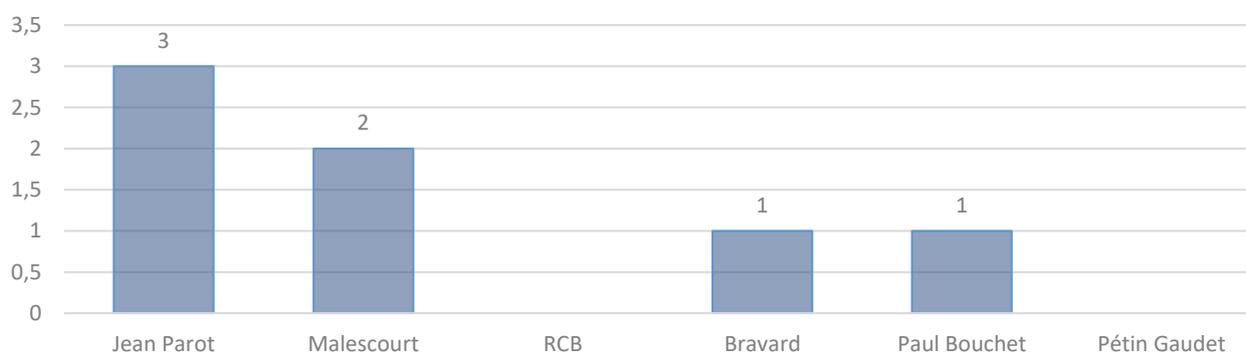


* Nous considérons ici la pension de famille Paul Bouchet même si les répondants se sont basés sur les publics actuellement logés en 2023 (ouverture récente de la structure). Même si ce n'est pas scientifiquement exact, cela permet de donner un ordre d'idée assez proche de la réalité.

Information non renseignée pour Malescourt.

RCB est une résidence accueil, ce qui explique que 100% des résidents soient suivis.

Nombre de personnes concernées mais non connues et suivies des services en psychiatrie en 2022



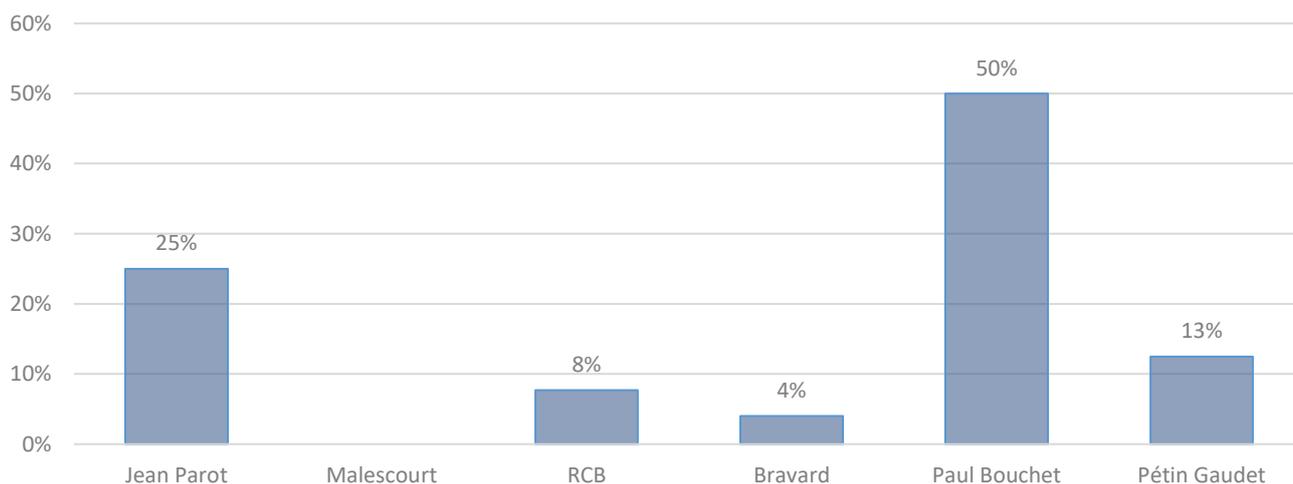
En effet, les premiers résidents de Paul Bouchet sont presque tous connus et suivis des services de psychiatrie. L'ensemble des résidents de Pétin Gaudet le sont aussi. 1/3 des résidents de la pension de famille Bravard souffrent de troubles psychiques. A Jean Parot, la représentation en 2022 de personnes souffrant de troubles psychiques était inférieure aux structures citées précédemment, toutefois, il s'agit de la structure qui possède le plus de personnes non connues et suivies des services psychiatriques (3/8 personnes concernées).

C. L'accompagnement en pension de famille par les professionnels impacté par les addictions de résidents

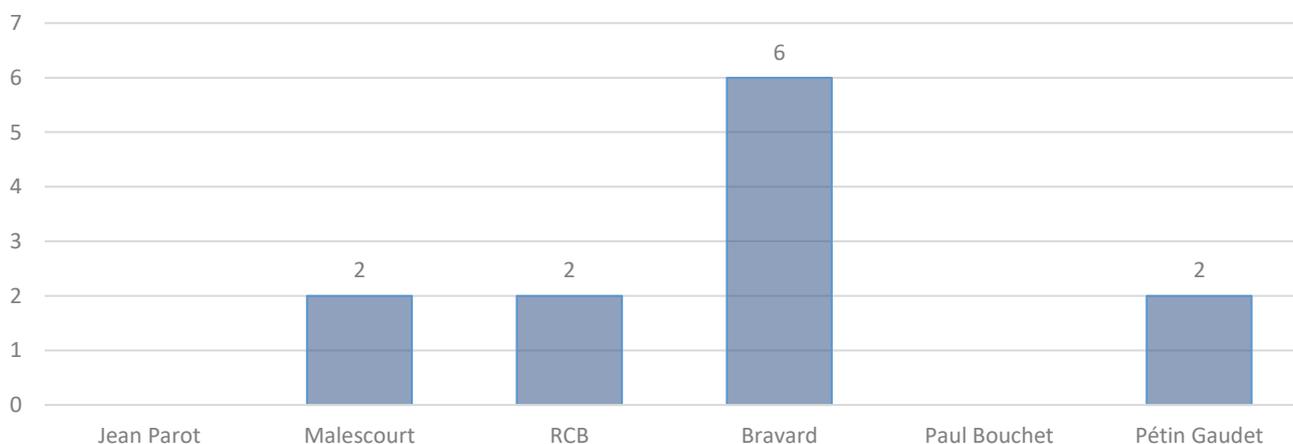
Un peu plus de la moitié (5/8) des hôtes de maison a le sentiment que le travail des hôtes est impacté par des addictions chez les résidents. Ce constat ne fait pas l'unanimité contrairement à la question de la santé psychique, même s'il reste majoritairement partagé par les répondants.

De même, il y a eu des résidents souffrant d'addiction dans toutes les pensions de famille.

Part des personnes connues et suivies des services "addictologie" en 2022



Nombre de personnes concernées mais non connues et suivies des services "addictologie" en 2022



** Nous considérons ici la pension de famille Paul Bouchet même si les répondants se sont basés sur les publics actuellement logés en 2023 (ouverture récente de la structure). Même si ce n'est pas scientifiquement exact, cela permet de donner un ordre d'idée assez proche de la réalité.*

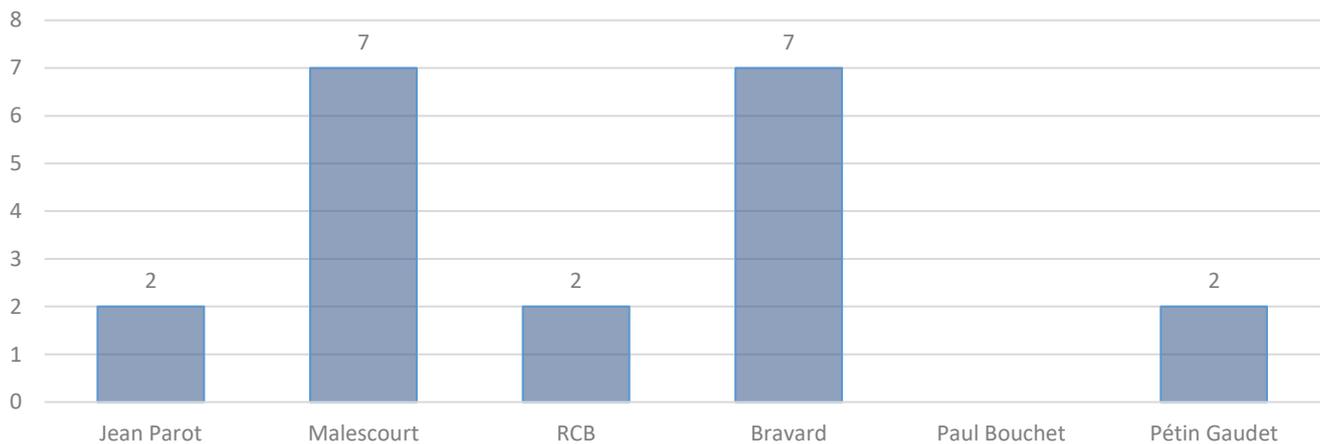
En effet, la pension de famille Jean Parot est celle où il y a le plus de personnes suivies et connues des services addictologiques, suivie de Paul Bouchet. Dans ces deux structures, toutes les personnes sont suivies. La pension de famille Bravard est quant à elle l'association avec le moins de personnes connues et suivies mais avec le plus de résidents concernés mais non suivis par des professionnels dédiés.

D. L'accompagnement en pension de famille à l'épreuve du vieillissement en structure

Des hôtes de maison de toutes les pensions de famille dans lesquelles il y a des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement déclarent que cela impacte leur travail.

Il y a des personnes vieillissantes en perte d'autonomie dans toutes les structures sauf Paul Bouchet : cette dernière vient d'ouvrir et n'a donc pas encore été confrontée au vieillissement.

Nombre de personnes vieillissantes / en perte d'autonomie par structure en 2022



** Nous considérons ici la pension de famille Paul Bouchet même si les répondants se sont basés sur les publics actuellement logés en 2023 (ouverture récente de la structure). Même si ce n'est pas scientifiquement exact, cela permet de donner un ordre d'idée assez proche de la réalité.*

Les pensions de famille les plus concernées sont Paul Bravard avec 7 personnes (28% des résidents) et Malescourt (7 personnes).

Pour les hôtes de maison, ces situations, qu'elles soient liées à des troubles psychiques, à l'addiction ou au vieillissement, sont **chronophages** et peuvent venir **bouleverser l'équilibre du collectif**, ce qui demande une charge de travail supplémentaire de **régulation / médiation** : « Il y a eu des périodes où les personnes qui consommaient à plusieurs, ça a des répercussions compliquées sur le collectif » (hôte de maison, pension de famille Pétin Gaudet ASL). Le temps imparti peut venir **empiéter sur le temps dédié au collectif**. Le **manque d'étayage** peut venir exacerber ce phénomène, particulièrement avec les problématiques de vieillissement, et peut pousser des hôtes de maison à « sortir de leurs missions » (argument rejoint par les deux cheffes de service) (par exemple : gestion des RDV de résidents, coordination des acteurs périphériques à la place des personnes elles-mêmes, portage des repas).

Ces situations peuvent aussi générer un **sentiment d'impuissance et de frustration** chez les hôtes de maison face à « un système de santé qui les dépasse » avec la sensation de « passer du temps sur des situations pour lesquelles [les professionnels ne peuvent] rien faire ».

Sur le volet « addictions », les hôtes peuvent aussi se retrouver en **difficulté avec des résidents qui n'adhèrent pas toujours, du fait des addictions, aux temps collectifs** qui sont pourtant la raison d'être de ces dispositifs.

En résumé :

	Sentiment de difficultés liées à la santé grandissantes	Structures avec le + de résidents venant de structures de santé	Hôtes déclarant que le travail des hôtes est impacté	Travail des hôtes non impacté	Structures avec le + de résidents suivis, avec le + de personnes vieillissantes	Structures avec le + de résidents non suivis	Structures non concernées par la problématique
Santé en général	- Pétin Gaudet - RCB - Jean Parot	- Pétin Gaudet - RCB - Jean Parot					
Santé psychique			- Paul Bouchet - Pétin Gaudet - Malesc. - Bravard - Jean Parot	- RCB	- RCB - Pétin Gaudet - Bouchet (-Bravard)	- Jean Parot	
Addictions			- Pétin Gaudet - Malesc. - Bravard - Jean Parot	- Paul Bouchet - RCB	- Jean Parot - Bouchet	- Bravard	
Vieillesse			- Pétin Gaudet - Malesc. - Bravard - Jean Parot - RCB	- Paul Bouchet	- Bravard - Malesc.		- Paul Bouchet

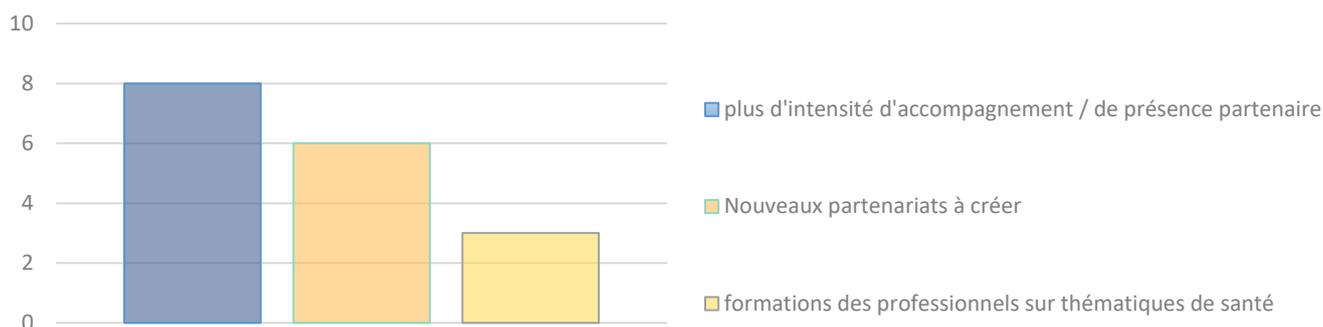
Finalement, on constate une certaine cohérence : Plus il y a de résidents concernés par une / des problématiques dans une structure, plus les professionnels ressentent des difficultés pour assurer leur rôle d'hôte tout en gérant ces problématiques spécifiquement.

II - LES RESSOURCES FACE AUX PROBLEMATIQUES DE SANTE DES RESIDENTS

Après avoir identifié les difficultés ressenties par les professionnels quant à la gestion de problématiques de santé chez les résidents, il convient de regarder de plus près les équipements des structures. **Le but est de saisir dans quelle mesure elles sont équipées pour faire face à ces difficultés et d'identifier d'éventuels manques pouvant expliquer certaines préoccupations.**

Nous pourrions entendre par « équipement » d'une structure tout ce qui a trait aux partenariats, aux formations des hôtes, à la mise en place de pluridisciplinarité dans une équipe, au nombre d'ETP en interne, à la réglementation, aux aspects liés à l'aménagement...

Ce qu'il faudrait améliorer pour que l'accompagnement se fasse dans de meilleures conditions



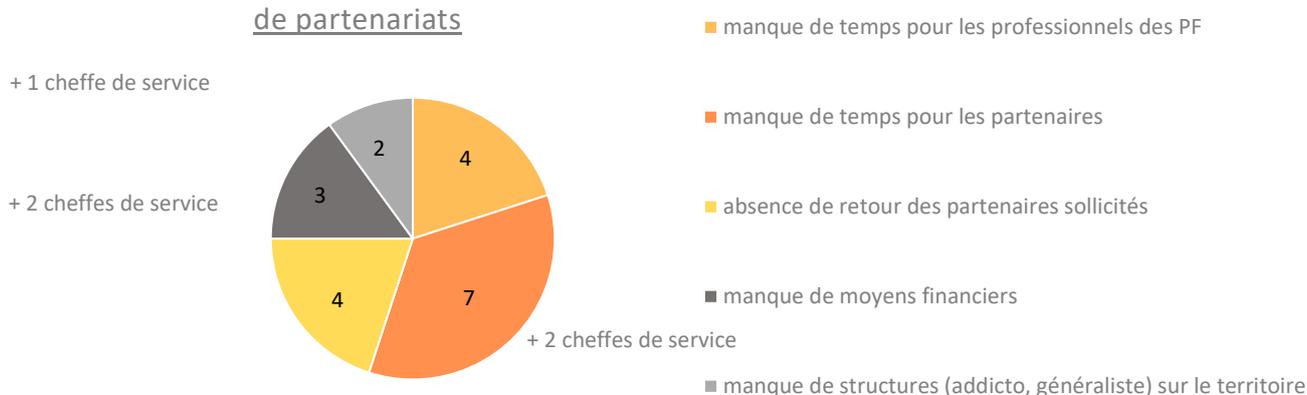
Dans ce cas précis, l'amélioration de l'accompagnement en santé passerait donc surtout, selon les hôtes de maison, par deux types d'équipement : le **travail partenarial** en premier lieu, puis la **formation des hôtes**.

[La suite du rapport s'appuie notamment sur le tableau d'état des lieux qui recense les équipements de chaque pension de famille consultable sur notre site internet.](#)

A. Pour les professionnels, zoom sur l'insuffisance d'équipements autour de la santé

Pour l'ensemble des professionnels, hôtes de maisons et cheffes de service, les partenariats avec les acteurs de santé sont insuffisants au regard des besoins des résidents sur le plan de la santé.

Freins pour le développement de partenariats



Les freins sont majoritairement inhérents au **temps disponible des partenaires**. Par exemple, pour une cheffe de service, « *les SAMSAH ont beaucoup de demandes et de délais avant d'envisager des interventions et certains résidents ont besoin d'être accompagnés physiquement et psychologiquement (repérage, peur de se rendre seuls au RDV et ne pas tout comprendre, ne pas savoir exprimer leur demande...)* ». Mais le **manque de moyens financiers** et de **temps des hôtes de maison** pour assurer le lien partenarial ont aussi été évoqués par les professionnels. En effet, pour une cheffe de service, « *il y a la question du temps aussi qui est important au vue de l'actualité dense sur les services* ». En effet, **certaines aspects du quotidien semblent particulièrement chronophages**. Nous l'avons vu, cela peut être lié à des **aspects de santé** chez les résidents mais aussi à des **tâches administratives** (dématisation, aide des résidents sur l'aspect administratif, indicateurs de gestion, bilan / recueil d'informations lors de l'entrée des personnes) : « *On fait beaucoup d'accompagnement même si ce n'est pas marqué sur notre fiche de poste [...]. Mais quand vous avez des résidents qui n'ont pas de suivi et que vous voyez que la CMU arrive à la fin... un rendez-vous chez l'assistante sociale de secteur, ça peut prendre du temps, donc vous faites les papiers nécessaires pour ne pas qu'ils se retrouvent sans droit* » (hôte de maison, pension de famille Malescourt ASL). Enfin, et certaines structures peuvent peut-être en pâtir plus que d'autres selon le secteur d'implantation, les difficultés peuvent aussi être liées au **déficit de partenaires sur le territoire**.

De plus, nous avons vu que pour 3 hôtes de maison, **des formations en santé** seraient une ressource supplémentaire nécessaire pour améliorer l'accompagnement des résidents sur le volet santé : il semble en effet qu'aucun des hôtes de maison n'ait une formation complémentaire dans le champ de la santé (outre une licence en psychologie pour une personne). Sur ce point, une cheffe de service juge aussi des formations des hôtes nécessaires sur les volets addictologie et précarité / santé mentale.

Enfin, des hôtes de maison de 2 pensions de famille (Malescourt et RCB) et une cheffe de service soumettent l'idée **d'intégrer un temps infirmier en interne** pour compenser le manque de temps des hôtes. Ainsi, le temps disponible des hôtes ne semble pas uniquement inhérent au nombre d'ETP en interne mais peut aussi être lié au profil des hôtes, des équipes pluridisciplinaires pouvant être une option. Effectivement, des professionnels de toutes les structures sauf Jean Parot ont témoigné d'un manque de temps pour les hôtes freinant la dynamique partenariale, or certaines de ces pensions de famille, comme RCB par exemple, ont plus d'ETP que d'autres³.

Ainsi, les professionnels estiment globalement le support partenarial insuffisant sur la thématique santé et l'amélioration de l'accompagnement en santé passera moins par l'accompagnement des hôtes de maison (via des formations par exemple), même si cet aspect est ressorti dans 3 questionnaires sur 8, que par le renforcement de l'encadrement partenarial qui fait l'unanimité.

B. Focus sur les besoins d'équipement selon les problématiques

1. *Focus sur les besoins d'accompagnement exprimés autour de la thématique de la psychiatrie par les professionnels*

Les pensions de famille qui déclarent **manquer de partenariats** sur le volet « psychiatrie » sont **Paul Bouchet, Pétin Gaudet et Jean Parot**.

Or, en 2022, **Paul Bouchet et Pétin Gaudet sont les structures avec le plus fort taux de résidents souffrant de troubles psychiques (respectivement 90% et 100%)**. Nous pouvons faire les liens de cause à effet suivants : La pension de famille **Paul Bouchet est la seule (outre Malescourt) à ne pas avoir de permanences ou rendez-vous mensuels ou hebdomadaires avec la psychiatrie** et fonctionne seulement sur sollicitations, au cas par cas. De plus, **Pétin Gaudet a mis en place des permanences et rendez-vous mensuels mais a la spécificité d'avoir 100% des résidents concernés par des troubles psychiques en 2022, le rythme apparaît donc insuffisant**. La pension de famille **Jean Parot quant à elle est la seule ne bénéficiant pas d'une convention avec les services psychiatriques du CHU**, alors qu'elle est la structure avec le plus de résidents non connus et suivis des services de psychiatrie (3 personnes sont non suivies sur 8 concernées par des problématiques psychiques) (ceci étant peut-être une conséquence de cette absence de conventionnement). Ce conventionnement semble clef pour les résidences qui en bénéficient. En effet, pour la cheffe de service de l'ASL, ce partenariat est précieux car le CHU « *s'engage à mettre en œuvre une réadmission dans le service compétent si la situation du résident le nécessite* » et « *l'ASL et le CHU s'engagent à s'informer et à échanger durant toute la durée du bail* ».

Pour ces trois structures, les freins pour améliorer cela semblent principalement concerner le manque de temps des partenaires en psychiatrie.

2. *Focus sur les besoins d'équipements exprimés autour de l'addiction par les professionnels*

Les hôtes de maison de **Paul Bouchet, Jean Parot et RCB déclarent manquer de partenariats sur l'aspect addictologie**.

En effet, **Paul Bouchet et Jean Parot possèdent en 2022 le plus de résidents concernés par des addictions**. Il y avait **moins de résidents concernés à RCB mais la structure a connu une fragilisation récente du collectif avec des problématiques de consommation en collectif**, ce qui explique que les professionnels soulèvent ce sujet et souhaitent un accompagnement accru.

³ Observatoire du GCS GRAHL 42, *L'accès au logement des personnes en situation de précarité*, 2023

Par ailleurs, il est intéressant de noter qu'à RCB et Paul Bouchet les hôtes de maison déclarent que leur travail n'est pas impacté par les questions d'addiction chez les résidents. Ainsi, **les manques partenariaux semblent plus peser sur les personnes elles-mêmes que sur les hôtes.**

Paul Bouchet et Jean Parot font partie des trois structures (avec Pétin Gaudet) qui n'ont aucun partenariat avec un acteur du champs « addiction » (Rimbaud ou CSAPA). La création d'un partenariat serait donc pertinente pour ces pensions de famille, tout en gardant à l'esprit ces éléments contextuels : la pension de famille Paul Bouchet pâtit du manque de partenaires locaux du fait de sa localisation géographique⁴ et les hôtes de Jean Parot font face à des difficultés pour solliciter les partenaires en manque de temps. RCB a un partenariat avec Rimbaud, mais celui-ci semble insuffisant (faudrait-il le compléter ? densifier le temps dédié ?).

Toutefois, **des paradoxes permettent de dire que la gestion des addictions chez les résidents ne s'arrête pas à la création de partenariats.** Effectivement, à Pétin Gaudet, il ressort que le travail des hôtes est impacté par des addictions chez les résidents (cela demande du temps pour accompagner la personne individuellement sur ce point et pour gérer la régulation du collectif impacté) mais aucun manque partenarial sur cette thématique précisément n'est déploré. De plus, malgré les partenariats avec des acteurs de l'addictologie (CSAPA et Rimbaud), les pensions de famille Malescourt et Bravard déclarent que le travail de l'hôte est impacté négativement par l'addiction de résidents et Bravard est l'association avec le plus de personnes souffrant d'addiction non suivies par un professionnel dédié. Pour cette dernière, le temps de présence de l'association partenaire serait insuffisant (1 fois par mois, échange en collectif et possibilité de rendez-vous individuels à cette occasion). **L'accroissement de la présence partenariale semble donc être une piste d'amélioration mais elle ne suffira pas à tout résoudre. Effectivement, pour une cheffe de service, la difficulté réside davantage dans ce qu'elle nomme « la dénégation » des résidents eux-mêmes.** C'est-à-dire que le déni de son addiction limite les possibilités de mise en lien avec un acteur de santé dédié et amener les résidents vers l'acceptation de son addiction, vers le droit commun, est chronophage pour les hôtes de maison.

Par ailleurs, le règlement intérieur apparaît comme un outil / un équipement utilisé et fonctionnel désormais dans toutes les pensions de famille. « *On a eu des périodes où vraiment sur le collectif, c'était très compliqué. [...] Donc il fallait vraiment qu'on soit là pour venir re-présenter le règlement, que la structure impose* » (travailleuse sociale, Phare en Roannais, CHU-CHRS). Ici, on voit comment le règlement constitue une ressource pour la gestion des addictions. Cette dernière a d'ailleurs évolué ces dernières années (en France en général) et est désormais plus tournée vers la RDRD⁵ (réduction des risques et des dommages) et moins dans la coercition : « *On a beaucoup modifié notre règlement de fonctionnement ces dernières années, notamment sur la question de la consommation. On est plus dans l'interdiction de la consommation mais dans une logique de RDR (Réduction des Risques). Après, pas de stupéfiants non plus parce qu'on reste dans le cadre de la loi. Mais les gens ont le droit de consommer chez eux s'ils en ont envie, tant que ça respecte le calme du bâtiment et les autres* » (travailleur social, Renaître, CHRS). En effet, pour toutes les associations, le règlement intérieur fixe une interdiction de consommation d'alcool dans les communs mais une autorisation dans l'espace privé et limite la consommation de stupéfiants au strict respect de la loi (avant, l'abstinence pouvait être exigée pour entrer en structure). Les résidences sociales Bravard et RCB ont été accompagnées par Rimbaud pour repenser le règlement intérieur sur ce point. Par exemple, à l'ACARS, le règlement précise que « *afin de garantir un respect mutuel et un cadre collectif sécurisant, il est demandé à chaque résident de se présenter dans les espaces collectifs dans une tenue correcte et d'avoir une attitude adaptée. Tout résident ayant un comportement perturbateur, débordant, dû ou non à l'excès de prise de produits comme de l'alcool, de drogues et/ou des médicaments, sera invité à quitter les espaces communs. Cette attitude, selon sa gravité ou sa répétition, peut faire l'objet de sanctions détaillées au paragraphe 4* ». La réglementation sur les consommations en structure semble comprise par une majorité de résidents, bien qu'1/3 considère que l'interdiction concerne l'ensemble de la pension de famille, et pas seulement les espaces communs. Quoiqu'il en soit, la grande majorité adhère à ce fonctionnement, qu'il soit compris comme une interdiction totale ou partielle.

⁴ Observatoire du GCS GRAHL 42, *La précarité et l'habitat à Loire Forez agglomération, du non-recours à la « bricole », 2022*

⁵ La réduction des risques et des dommages (RdRD) est une démarche de santé publique pragmatique : elle vise à limiter les risques liés à la consommation de substances licites ou non, sans nécessairement avoir pour objectif premier le sevrage ou l'abstinence

Aubin HJ. *La réduction des risques et des dommages est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière d'alcool ? Alcoologie et addictologie 2017 ; 39(1) : 57-67*

Pour la minorité souhaitant changer ce règlement, il s'agirait surtout de durcir ce dernier pour une interdiction totale.

3. Focus sur les besoins d'accompagnement / de prise en charge des personnes vieillissantes en perte d'autonomie par les professionnels

Ici, la ressource, au-delà du partenariat, réside dans les perspectives d'orientation de la personne concernée dans une structure adaptée.

Nom de la pension de famille	Nombre de personnes vieillissantes en perte d'autonomie en 2022	Parmi elles, combien ont fait un dossier pour rentrer sur une structure adaptée ?	Dossiers faits / Personnes concernées
Jean Parot	2	0	0%
Malescourt	7	1	14%
RCB	2	1	50%
Bravard	7	4	57%
Paul Bouchet	0	-	-
Pétin Gaudet	2	1	50%

Des dossiers ont été faits pour environ la moitié des personnes concernées et aucun pour la pension de famille Malescourt qui est pourtant une des associations les plus concernées par cette problématique. Plusieurs raisons expliquent cela :

- **La nécessité de l'adhésion des personnes** : Pour une cheffe de service, les dossiers pour intégrer un EHPAD ne sont faits qu'en dernier recours car le maintien à domicile est privilégié par les professionnels dans la mesure où il est souhaité la plupart du temps par les personnes elles-mêmes. Pour un hôte de maison, un travail d'adhésion et d'acceptation est nécessaire à réaliser avec les personnes concernées et ce travail peut prendre un certain temps. Cela rejoint ce témoignage : « *On a des personnes vieillissantes et qui ne veulent pas du tout entendre qu'il faudrait que maintenant ils aillent en EHPAD* » (hôte de maison, pension de famille Malescourt ASL). Nous n'approfondirons pas ce sujet ici, mais il est important de préciser que la précarité, la rue, engendrent souvent un vieillissement prématuré. Les résidents ayant besoin d'intégrer un organisme type EHPAD peuvent donc être plus jeunes que la moyenne, ce qui pose encore davantage la question de l'acceptation par le résident concerné et de l'adéquation des structures pour ces personnes.
- **Un manque de temps** : Pour un hôte de maison, ces démarches sont difficiles à faire par manque de temps pour le personnel de la pension de famille et/ou manque de connaissances.
- **Des organismes non adaptés aux profils de certains résidents** : Enfin, trois professionnels (hôtes et cheffe de service) se rejoignent sur le constat que peu d'EHPAD sont adaptés pour accueillir des personnes avec des problématiques notamment psychiques ou addictives allant au-delà de la question du vieillissement et directement liées à la précarité. Les hôtes font face à des refus d'hébergement ou à des échecs du séjour liés au manque de formation des professionnels.

Les pensions de famille **Paul Bouchet, Malescourt et Bravard déclarent manquer de partenariats sur le volet généraliste.**

Parmi elles, seule **Malescourt n'a en effet pas de partenariats sur le volet somatique.**

En revanche, **il y a des partenariats avec les pensions de famille Paul Bouchet et Bravard mais qui semblent donc insuffisants.** Toutefois, elles ont pour point commun d'être **les seules structures hors stéphanois** (respectivement Loire Forez et Roannais) et semblent donc devoir faire face à un contexte de **pénurie des partenaires**⁶. Paul Bouchet a des partenariats avec des IDE (infirmiers diplômés d'Etat) et l'EMSP (équipe mobile santé précarité) sur les volets santé psychique et somatique et souhaiterait pouvoir développer des partenariats avec des dentistes et médecins généralistes. A la pension de famille Bravard, il y a des partenariats avec Intermed, des IDE et générale d'optique mais les professionnels de la structure souhaiteraient améliorer le partenariat avec Intermed qui semble insuffisant (actuellement, il y a des permanences et des RDV 1x/semaine).

C. Une distinction résidence accueil / pension de famille qui met en lumière des points de tension autour du rôle de l'hôte de maison et les orientations

1. Pension de famille et résidence accueil : quelle différence et quelles conséquences sur les hôtes de maison et leur accompagnement ?

Nous l'avons vu plus haut, **RCB est la seule association déclarant que les addictions et troubles psychiques des résidents n'impactent pas le travail de l'hôte de maison** (cela n'enlève pas le fait que pour les professionnels de RCB, des progressions au niveau des partenariats notamment sont à trouver pour améliorer le bien-être des résidents avec ces difficultés). Pourquoi ? Voici quelques pistes d'analyse appuyées par des études extérieures.

Sur le papier, les résidences accueil sont une forme spécifique de pension de famille dédiée aux personnes en situation de handicap psychique stabilisé et suivi⁷. **Dans la pratique, il n'y a parfois pas de différence entre des pensions de famille et la résidence accueil.** C'est-à-dire que des pensions de famille « classiques » accueillent aussi des personnes possédant des troubles psychiques (c'est dans la définition même des pensions de famille⁸), parfois même à 100% comme Pétin Gaudet, et conventionnent avec des acteurs de santé : « *On accueille des gens, comme une résidence accueil mais sauf qu'on est pension de famille* » (hôte de maison, pension de famille Jean Parot SOLIHA ADN). L'étude réalisée par la DIHAL⁹ montre en effet que **certaines pensions de famille se spécialisent « par défaut »**¹⁰ sans que ça ne soit la résultante d'un véritable projet social mais plutôt la conséquence d'une typologie de publics orientés¹¹.

⁶ Observatoire du GCS GRAHL 42, *La précarité et l'habitat à Loire Forez agglomération, du non-recours à la « bricole », 2022* L'enquête montre en effet en dernière partie dans quelle mesure Loire Forez agglomération peut être sous dotée sur le plan de la santé. Par exemple, en 2019, il y a 0,9 psychiatres/100 000 hab. contre 7,7 pour la Loire ou encore il manque 1 à 5 médecins généralistes par bassin de vie pour atteindre la moyenne nationale cible.

⁷ En effet, selon la définition Cerema, « la résidence accueil est une modalité de pension de famille, destinée au même public cible que ces dernières, lorsque leur état de santé nécessite un suivi renforcé par le secteur sanitaire. Il s'agit donc de personnes en grande exclusion, qui ont connu des passages fréquents par les dispositifs d'hébergement, et en situation de handicap psychique suffisamment stabilisé pour respecter et bénéficier des règles de vie collective et vivre en logement autonome, dès lors qu'un accompagnement et des soins sont garantis en fonction de leurs besoins. Il est possible d'imaginer des structures mixtes, dans lesquelles une pension de famille intègre des places de résidence accueil en son sein »⁷.

⁸ La définition Cerema précise en effet que les pensions de famille sont notamment dédiées à « des personnes à faible niveau de ressources, dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde, réalisant des allers-retours fréquents entre la rue et les dispositifs d'hébergement d'urgence, et dont la situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend difficile leur accès à un logement ordinaire ».

⁹ DIHAL, *Hébergement et accès au logement : Les pensions de famille et résidence accueils : du modèle aux réalités d'aujourd'hui*, 2015

¹⁰ Addictions, troubles psychologiques,...

¹¹ Selon l'étude de la DIHAL, il peut surtout s'agir d'une « réponse à un manque identifié dans l'offre locale ».

Du point de vue des hôtes de maison, **cette spécialisation « subie » peut générer des réticences. Accompagner un nombre important de résidents avec des troubles psychiques n'est pas la norme** comme à RCB mais est plutôt considéré comme un écart par rapport à ses missions habituelles. Ce qui peut expliquer que seuls les hôtes de maison des pensions de famille se disent impactés par ces situations.

Les hôtes ont donc le sentiment que les situations liées à la santé les poussent à sortir de leurs missions de base, à être plus dans l'accompagnement individuel que l'animation collective. Cette tension est exacerbée par un flou global autour de ce que devraient être les missions d'un hôte de maison comme définies par la circulaire du 10 décembre 2022¹² et la façon dont elles se concrétisent sur le terrain. En effet, la circulaire ne précise pas de nécessité « d'accompagnement individuel » véritablement mais parle plutôt de « savoir être à l'écoute pour pouvoir faire face aux difficultés d'ordre individuel ou collectif ». Les missions d'un hôte précisées dans la circulaire laissent donc une place à l'interprétation, et ne fixent pas de véritable cadre de ce que doit être l'accompagnement social / individuel en pension de famille. Cela rejoint l'étude réalisée par la DRJSCS Hauts-de-France¹³ qui « observe actuellement un décalage entre les missions des hôtes telles que définies dans cette circulaire [la circulaire du 10 décembre 2002] et la réalité effective du terrain. Par ailleurs, ceux-ci [les professionnels des pensions de famille] 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 ». De plus, l'étude citée précédemment réalisée par la DIHAL soulève par ailleurs que le métier de l'hôte ne consiste pas en un accompagnement social internalisé mais plutôt un accompagnement vers le droit commun. La philosophie d'une pension de famille proposerait donc un accompagnement individuel limité, or trois raisons peuvent pousser à un accompagnement individuel plus approfondi (et donc chronophage) : les hôtes ont toutes et tous une formation de travailleur social, les personnes avec des difficultés psychiques ou addictives en rupture de soin / déni demandent du temps d'accompagnement pour aller vers le droit commun et ce temps est majoré lorsque les partenariats avec les structures de santé en face sont absents ou peu efficaces.

Enfin, les orientations à RCB se font via une procédure et une grille bien définie¹⁴ selon laquelle seules les personnes stabilisées et suivies peuvent y être orientées alors que nous l'avons vu, **certaines pensions de famille accueillent des personnes avec des troubles psychiques stabilisés mais aussi non stabilisés et suivis** (c'est le cas de Paul Bouchet, Malescourt, Bravard, Jean Parot), **ce qui peut mobiliser encore davantage les professionnels** : « Des personnes peuvent venir avec leurs troubles [sans être suivies] et être explosives sur un collectif. Et ça, on ne le saura pas avant. On est démuni parce que la personne n'a pas de suivi et qu'on n'arrive à trouver personne » (hôte de maison, pension de famille Malescourt ASL).

¹² La circulaire DGAS/SDA n° 2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais définit les missions de l'hôte comme suit :

- définir conjointement avec les résidents les modalités de la vie collective ;
- animer les espaces et les temps communs à tous les pensionnaires avec un principe de réunion périodique avec les pensionnaires ;
- faciliter les relations entre les résidents ;
- savoir être à l'écoute pour pouvoir faire face aux difficultés d'ordre individuel ou collectif ;
- maintenir, le cas échéant, les contacts avec les services qui ont orienté le pensionnaire vers cette structure ;
- organiser les liens avec l'environnement local de la maison.
- Enfin, l'hôte (ou le couple d'hôtes) peut également avoir en charge, en liaison avec l'association gestionnaire, des tâches de gestion locative quotidienne.

¹³ DRJSCS Hauts-de-France, Besoins sanitaires et sociaux des résidents de pensions de famille en Picardie, 2016

¹⁴

- 1) Préconisation d'orientation en Résidence Accueil par le prescripteur ou le SIAO
- 2) Présentation de la situation devant la CDO logement
- 3) Inscription sur liste d'attente résidence accueil et orientation du dossier social en systématique via SI SIAO. Le référent de parcours doit s'assurer que la RCB a bien été destinataire de l'avis médical (via le prescripteur)
- 4) La résidence accueil référence ses entrées et sorties sur la plateforme SI SIAO ce qui permet au SIAO de disposer des places libres et de suivre l'avancement des candidatures
- 5) Des points réguliers sont faits entre le SIAO et la résidence accueil afin de ré-orienter les candidats pour lesquels l'entrée en résidence accueil ne semble pas adaptée ou trop lointaine.

2. Des hôtes de maison « impactés » aux résistances vis-à-vis des orientations :

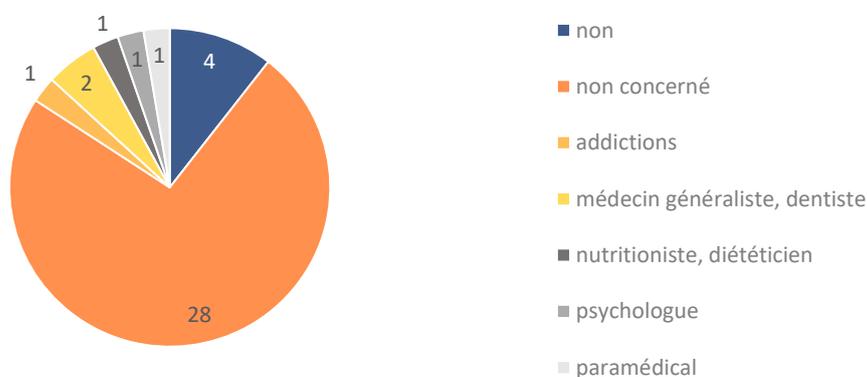
Le fait que les hôtes de maison se sentent impactés par la gestion de résidents possédant des difficultés sur le plan de la santé peut engendrer des **remises en question des orientations**. Tout d'abord, **les procédures d'orientation pour une pension de famille et une résidence accueil sont distinctes**. Les professionnels des résidences accueil, parce que ces dernières proposent un suivi renforcé des personnes en souffrance psychique qui y sont orientées par le secteur sanitaire, ont « une vue » sur les listes d'attente pour assurer un certain « équilibre de peuplement » : La fragilité psychique du public accueilli sur le dispositif et l'exigence d'une validation médicale pour l'intégrer demande une organisation différente de celle définie pour les pensions de famille. Ainsi une coordination assure l'envoi du dossier social par le SIAO et du dossier médical par le médecin psychiatre à la résidence accueil dans le but d'assurer une bonne intégration de la personne sur son nouveau lieu de vie. Pour les pensions de famille, la procédure d'orientation est la même que pour les autres dispositifs (préconisation du SIAO, CDO, liste d'attente, orientation). Ainsi, **contrairement à la RCB, les pensions de famille ne « choisissent » pas les personnes qui leur sont orientées**. C'est ce qui explique un certain nombre de refus d'orientations par les professionnels de pensions de famille. Effectivement, **pour aussi pouvoir assurer cet « équilibre de peuplement », les professionnels mettent en place, lors de commissions internes, des critères d'admission supplémentaires tels que la nécessité « d'absence de danger pour le collectif et l'équilibre avec le collectif » ou « d'étayage » pour des personnes avec problématiques de santé** (souffrance psychique, addictions, vieillissement). Ainsi, en pension de famille, il n'est pas rare qu'une structure refuse une orientation en raison de l'absence de suivi en psychiatrie d'une personne ou au contraire, qu'un partenariat fonctionnel avec la psychiatrie puisse désamorcer des résistances lors des orientations : « *On voit que la psychiatrie s'ouvre totalement sur le réseau, on n'est plus sur ce clivage santé – social. Donc je me suis autorisée à prendre des personnes moins stabilisées à l'entrée parce qu'il y avait ce partenariat qui est stable* » (chefe de service, pension de famille Bravard ADOMA).

D. Le point de vue des résidents : Des besoins en accompagnement sur le volet santé exprimés, mais dans une bien moindre mesure

Contrairement aux professionnels, les retours des résidents ne font pas ressortir de façon prégnante de manque d'accompagnement sur le volet santé mais plutôt de la satisfaction.

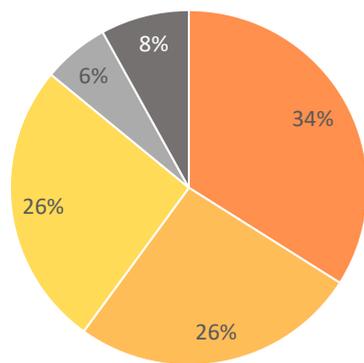
En effet, pour les 30 résidents déclarant être concernés par des problèmes de santé, une grande majorité (83%) déclare être satisfaite de cet accompagnement. Sur les 5 personnes non satisfaites, la plupart (4) aimerait un suivi plus approfondi / renforcé.

Si vous n'êtes pas accompagné par un/des professionnel/s de santé, souhaiteriez-vous l'être ? Par qui ?



De plus, **5 personnes seulement déclarent souhaiter des accompagnements supplémentaires sur des sujets pour lesquels elles ne sont pas accompagnées actuellement**. Les thématiques concernées sont variées : une personne sur les addictions, deux personnes pour un médecin généraliste, trois personnes pour des spécialistes (dentiste, diététicien, paramédical), une personne pour un psychologue.

Par quel(s) professionnel(s) êtes-vous accompagné ?



- professionnel santé psychique (psychiatre, psychologue, EMPP, EMSP)
- santé somatique (Intermed, IDE)
- médecin généraliste
- professionnel addictologie
- autre (spécialiste, dentiste, endocrinologue, gynéco, CHU..)

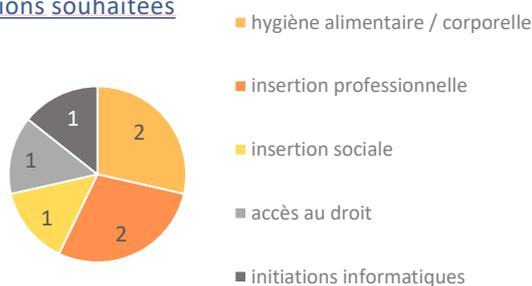
La faible expression de besoins d'accompagnement autour de la santé peut correspondre à un souhait réel. Toutefois, elle peut aussi être, au moins en partie, la résultante d'une forme de déni ou d'un désintérêt pour sa propre santé (la « dénégaration » évoquée précédemment). Effectivement, on peut noter que **seuls 26% des résidents ont déclaré être suivis par un médecin généraliste**, ce qui paraît peu étant donné qu'un suivi généraliste concerne tout le monde. Dans la même lignée, à Pétin Gaudet et RCB, seuls deux résidents de chaque structure déclarent être accompagnés par des professionnels sur le volet psychiatrie. Or, pour les deux, 100% des résidents possédaient des troubles psychiques et étaient connus et suivis par les services de psychiatrie en 2022. Cette forme de déni rejoint l'étude réalisée par la FAS : « Cette souffrance psychique et sociale est souvent sans demande d'aide ni de soins de la part des personnes concernées. La souffrance est ainsi principalement ressentie, portée et reconnue par les professionnels de la psychiatrie et du social et par les acteurs de la société civile et des collectivités »¹⁵.

III - LES BESOINS EXPRIMÉS AU-DELA DE LA THEMATIQUE « SANTE »

A. Point de vue des professionnels

La thématique santé est en effet ce qui ressort le plus. Toutefois, la moitié des professionnels (hôtes et chefs de service) a identifié des points d'améliorations autres et un peu moins de la moitié souhaite un(des) partenariat(s) supplémentaire(s).

En dehors de la santé, améliorations souhaitées



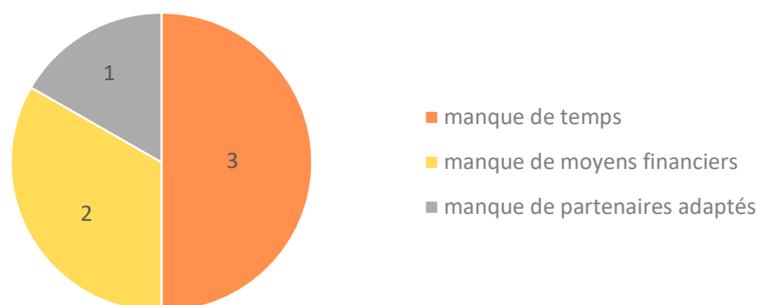
En dehors de la santé, vous manque-t-il certains partenariats ?



Les sujets ciblés sont divers et il n'y a pas véritablement de consensus. Toutefois, les questions de l'**insertion professionnelle** et de l'**hygiène alimentaire et corporelle** sont ressorties à plusieurs reprises. A aussi été évoquée dans une moindre mesure la question de l'**insertion sociale** et de l'**accès au droit**, de la mise en place de **pair-aidance** (idée soumise par une cheffe de service souhaitant « impulser une nouvelle dynamique afin de permettre à chacun de se sentir plus utile, par les échanges de service et transmission de compétences ou la pair-aidance »), l'instauration d'**accompagnement éducatif** (idée soumise par une cheffe de service), et la mise en place d'un **binôme travailleur social / hôte en interne**.

¹⁵ FNARS, *Précarité et santé mentale, repères et bonnes pratiques*, 2010

Freins identifiés pour mettre en œuvre ces améliorations



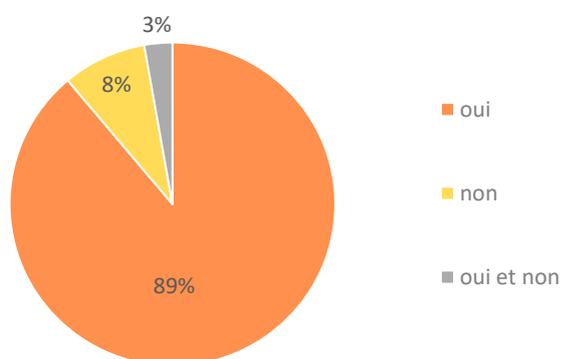
Le frein principal identifié par les professionnels pour mettre en œuvre ces améliorations est le manque de temps disponible en interne et le manque de moyens financiers (les deux étant liés) pour faire ce travail ou mettre en place les partenariats nécessaires, avec des acteurs « emploi » par exemple.

Pour en savoir plus sur les équipements des structures, en dehors de la santé, consulter le tableau d'état des lieux sur le site internet.

B. Point de vue des résidents

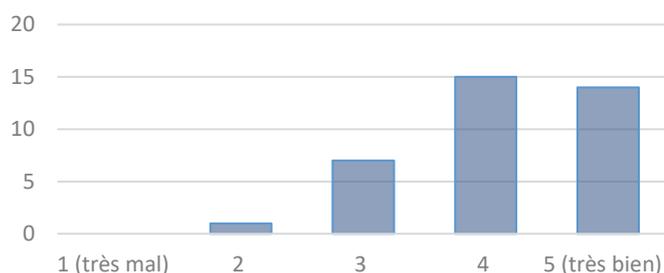
Il est tout d'abord important de noter qu'à l'image de ce qui est ressorti concernant l'aspect santé, les résidents sont globalement très satisfaits de la pension de famille.

Avez-vous trouvé ce que vous recherchez en allant à la pension de famille ?

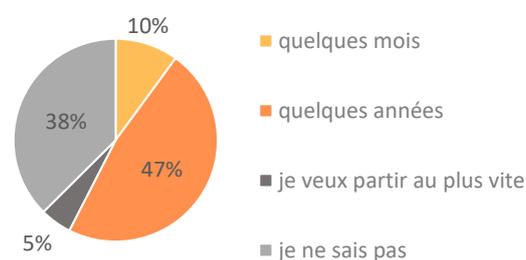


Pour les personnes ayant répondu « non », deux considèrent la pension de famille Bravard comme un relai vers le logement et, n'ayant pas accédé encore au logement, jugent que la structure n'a pas permis de combler ce qu'elles recherchaient.

Sur une échelle de 1 à 5, comment vous sentez-vous dans la pension de famille ?

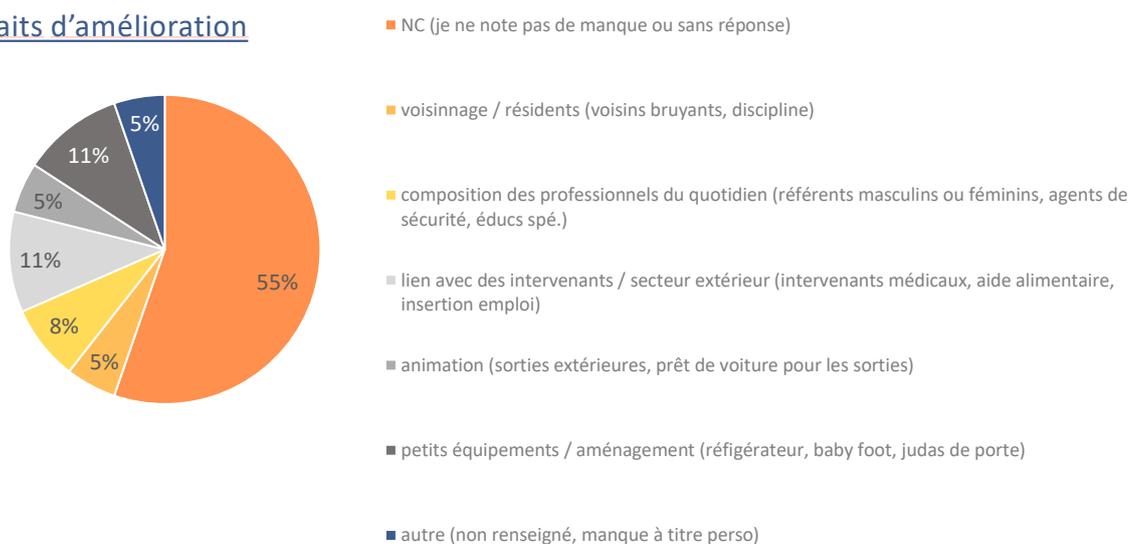


Combien de temps pensez-vous rester dans la pension de famille ?



Corrélativement, **une majorité se sent bien** (niveau 4 ou 5 sur le graphique) et **une minorité de personnes (5%) souhaite « partir au plus vite »** : la majorité se projette donc dans la pension de famille à moyen / long terme. **Les raisons d'un éventuel mal-être sont majoritairement liées à des questions de voisinage** (5 personnes sur 8 : nuisance sonore, respect des règles de vie, conflits, consommations)¹⁶.

Souhaits d'amélioration



Globalement, un peu plus d'1/3 des personnes a des choses à améliorer. Ce qui signifie aussi que les 2/3 ne voient rien de particulier à améliorer, la majorité des résidents est d'ailleurs satisfaite de son temps d'accompagnement individuel. **Les améliorations évoquées sont variées**. Les résidents ont comme les professionnels soulevé le souhait **d'amélioration sur les volets santé et insertion professionnelle via des partenaires extérieurs** mais de façon moins forte. En effet, l'amélioration en matière d'**accompagnement professionnel** (*souhait d'intervenants médicaux, d'agents de sécurité, d'aide alimentaire, d'accompagnement insertion emploi, agents de proximité le WE*) est le premier axe mentionné et concerne des secteurs externes / des liens partenariaux plus que l'accompagnement en interne. Toutefois, ces sujets sont loin d'être partagés par l'ensemble des résidents et arrivent presque au même niveau que d'autres : **voisinage** (*« voisins bruyants », demande de plus de discipline, demande de plus de « tri » dans les résidents, souhait de plus de femmes, de séniors*), **animation** (*plus de sorties extérieures, prêt de voiture pour les sorties, animations culturelles, plus d'activités en général*), **petits équipements / aménagement** (*des équipements à titre personnel tels qu'un frigo, un judas à sa porte, un babyfoot ou des aménagements plus globaux tels que l'insonorisation de la porte d'entrée ou le rafraîchissement des locaux*), **organisation interne** (*organisation du ménage, propreté des communs, plus d'entraide, d'échanges collectifs*).

[Le souhait d'une sécurité accrue, parfois en lien avec des difficultés de voisinage, a été exprimé de façon redondante par les résidents. Effectivement, en plus d'avoir été mentionnée dans les améliorations souhaitées, la question de la sécurité a aussi été évoquée dans la zone de commentaire libre à la fin du questionnaire (les rares personnes y ayant ajouté une remarque l'ont fait pour évoquer la notion de sécurité). Deux résidents ont par ailleurs évoqué le souhait de présence d'agents de sécurité. Cette redondance, bien que non représentative de l'ensemble des résidents (elle concerne 5 résidents sur 37), peut toutefois faire l'objet d'une attention particulière.]

¹⁶ Les personnes qui se sentent bien apprécient en majorité l'aspect social et dans une moindre mesure le soutien qu'elles y trouvent et la stabilité / le calme / la sécurité.

IV - POINTS D'AMÉLIORATION ET PARTAGE DE BONNES PRATIQUES

A. En résumé, les points d'amélioration identifiés précédemment

Les points qui vont être soulevés resteront généralistes. En effet, même si des enjeux sont communs entre structures, chacune a un fonctionnement et des particularités propres. Il convient de garder à l'esprit que l'objectif de ces points est de faciliter les orientations, améliorer la prise en charge et libérer du temps pour que les hôtes se concentrent sur leur cœur de métier.

- Des réflexions à porter autour des équipements dans le champ de la santé et au-delà
 - En premier lieu, **des partenariats qui soient qualitatifs et approfondis**
 - Santé psychique (frein principal : disponibilité des partenaires)
 - Addictologie (freins principaux : manque de structures, disponibilité des partenaires, déni)
 - Santé somatique (frein principal : manque de structures / de professionnels)
 - Vieillesse / perte d'autonomie (frein principal : manque de structures adaptées aux publics)
 - Insertion / emploi ; aide alimentaire
 - **Le règlement intérieur comme cadre** : un outil qui semble adopté et compris par tous. Sur ce point, une piste d'amélioration peut résider dans le fait de se faire accompagner par des professionnels dédiés pour aller plus loin
 - **La formation des hôtes en interne dans le champ de la santé**
 - **L'intégration d'un poste complémentaire** (IDE, travailleur social, agent de sécurité)
- **L'importance de la qualification de la résidence sociale** : Quel projet social ? Quel rôle de l'hôte ? Quelle place pour l'accompagnement sur la santé ? Quel public accueillir ? Spécialisation ?

B. Partage de bonnes pratiques

Les exemples qui vont suivre correspondent à un contexte propre et ne sont pas nécessairement tous transposables. Ils peuvent quoi qu'il en soit nourrir certaines réflexions.

▪ **Formation des hôtes**

Bien que ça n'apparaisse pas comme prioritaire, l'étude réalisée par la DIHAL montre que **pour 2/3 des structures (sur un échantillon national et d'une centaine de structures), les hôtes ont bénéficié de formations pour la gestion des troubles psychiques et des addictions.**

▪ **L'exemple de la pension de famille de l'ANEF Vallée du Rhône :**

- **Avec l'Osperre – Samdara** (*observatoire national sur la santé mentale et les vulnérabilités sociales, hébergé au centre hospitalier le Vinatier à Lyon – Bron*), **journée d'étude avec des participants pluridisciplinaires** (éducateurs de la pension de famille, psychiatres de la clinique psychiatrique, équipe d'infirmiers de l'EMPP, responsable d'établissement) : à partir d'une situation, production d'écrits. Cela permet de **renforcer la coopération avec la psychiatrie via une compréhension des pratiques et des limites de chacun. Depuis, mise en place d'un temps clinique 1x/mois** avec le psychiatre à la retraite et l'équipe de l'EMPP autour d'une situation.
- **Travail pair** : Avec la Fédération des Acteurs de la Solidarité, participation de l'association à un **module délivré par des travailleurs pairs concernés par l'addictologie pour sensibiliser les nouveaux travailleurs sociaux** à ces problématiques.

- **L'exemple des pensions de famille *Le lauréat, L'oiseau bleu, à l'Isle d'Abeau ; Le Pari(s), le Relais Ozanam, à Voiron (Le groupement des possibles)***
- **La plateforme VIP (liée au relai Ozanam)** est une plateforme sur le vieillissement, la précarité, la fin de vie, le deuil... Elle était initialement portée par la sociologue *Charlotte Doubovetzky* ayant mené une recherche-action avec des professionnels de la pension de famille du Relai Ozanam. La plateforme est aujourd'hui composée de 3 salariés et de travailleurs pairs. Elle propose notamment des sessions de formation in situ sur ces thématiques.
- **Des rencontres inter – pensions de famille facilitées par l'appartenance commune au groupement des possibles.** Il s'agit d'un groupement de 4 associations ; L'Oiseau Bleu, Le Relais Ozanam, Cultures du Cœur et Cycle & Go ; qui unissent leur expertise pour construire des projets innovants : *accompagnement social, emploi, médiation, IAE, gestion structures AHIL, vieillissement précarité, travail pair, participation, ...*) et via des projets divers (ex. la fête de la musique).
- A la pension de famille de Voiron, **la revendication d'un accueil inconditionnel** et le refus de devenir résidence accueil. Une cheffe de service a témoigné du souhait de ne pas vouloir « catégoriser les publics » et de ne pas « pré-supposer » de la bonne intégration ou non de la personne en pension de famille.
- **Le recrutement d'une infirmière appelée « médiatrice santé » financée à 50% par l'ARS** pour les pensions de famille. **Sa fonction a apporté une légitimité et a ainsi favorisé le partenariat** avec des acteurs de santé. **Sa présence a aussi délesté les hôtes de certaines missions** pour se concentrer sur leur cœur de métier. Dans la même logique de pluridisciplinarité, la pension de famille de l'Isle d'Abeau possède 1 ETP hôte de maison, 0,5 coordinatrice, 0,5 cheffe de service, et 0,5 assistante de direction pour 16 résidents. La coordinatrice de la structure a témoigné **des avantages d'une équipe pluridisciplinaire**.
- **Des partenariats et financements par la Fondation Abbé Pierre pour développer des projets sur des thématiques diverses** : montage de projets artistiques avec « C'est pas du luxe » ; rencontres gourmandes pour mettre en avant le *bien manger* avec « Une place à table ! » par la Fondation Abbé Pierre.
- La pension de famille de Voiron a mis en place la logique « **jamais 2 jours sans personne** », c'est à dire qu'il y a une **présence professionnelle sur site 6/7 jours**.
- **Une collaboration avec « Peuples des villes » qui propose un accompagnement pour penser la création d'une pension de famille.**



Groupement de Coopération Sociale GRAHL 42

7 rue Richelandière | ☎ 04 77 50 98 88
42100 Saint-Etienne | ✉ siao-loire@siao42.org



www.siao42.org