



---

Filière : **Inspecteur de l'action**

**sanitaire et sociale**

Promotion : **2014-2016**

Date du jury : **mars 2016**

---

**L'ACCOMPAGNEMENT SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIAL DU  
PUBLIC LOGÉ EN PENSION DE FAMILLE EN PAYS DE LA  
LOIRE : ÉTAT DES LIEUX ET PISTES D'ACTION**

---

**Angéline TRILLAUD**



---

# SOMMAIRE

---

<b>LISTE DES SIGLES UTILISÉS .....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>10</b>
<b>1 PRÉSENTATION GÉNÉRALE ET ÉTAT DES LIEUX RÉGIONAL DES PENSIONS DE FAMILLE .....</b>	<b>17</b>
1.1 LES PENSIONS DE FAMILLE, UNE FORME DE LOGEMENT ADAPTÉ À DES BESOINS PARTICULIERS.....	17
1.1.1 <i>Les pensions de famille, une réponse alternative de prise en charge du « sans-abrisme », montée en charge rapidement.....</i>	17
A) Historique de la montée en charge des pensions de famille.....	17
B) La circulaire du 10 décembre 2002, texte de référence encadrant les « maisons relais », exigeant une mixité du public accueilli .....	18
C) Des évolutions ponctuelles accompagnant la montée en charge du dispositif .....	19
1.1.2 <i>La pension de famille, un dispositif encadré et financé par l'État .....</i>	20
A) Une procédure de création des pensions de famille encadrée par l'État.....	20
B) Une dualité de financement des pensions de famille pouvant entraîner des situations de blocage	21
1.1.3 <i>Un habitat durable à taille humaine encadré par un couple d'hôtes. ....</i>	22
A) Un habitat sans limitation dans le temps .....	22
B) Une structure « de taille réduite, associant logements privatifs et espaces collectifs » .....	23
C) L'hôte, une interface entre le collectif et l'environnement extérieur .....	24
1.2 LA NÉCESSITÉ D'UNE ÉTUDE RÉGIONALE POUR ÉVALUER L'EFFECTIVITÉ DE LA CIRCULAIRE SUR LE TERRAIN.....	26
1.2.1 <i>Méthodes et objectifs.....</i>	26
A) Méthodes.....	26
B) Objectifs.....	27
1.2.2 <i>Le parc des pensions de famille en Pays de la Loire .....</i>	27
1.2.3 <i>Le profil des pensionnaires en Pays de la Loire.....</i>	28
1.3 LA MISE EN ÉVIDENCE DE PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ ET DE VIEILLISSEMENT DU PUBLIC LOGÉ EN PENSION DE FAMILLE EN PAYS DE LA LOIRE .....	29
1.3.1 <i>La mise en exergue de problématiques de santé généralisées.....</i>	29
1.3.2 <i>Les fins de vie en pension de famille, des temps difficiles posant de multiples problématiques .....</i>	32
1.3.3 <i>Les hôtes à l'épreuve des problématiques de santé de ses habitants.....</i>	32
<b>2 L'ACCOMPAGNEMENT ET LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIALE DES PERSONNES LOGÉES EN PENSION DE FAMILLE : DES DISPOSITIFS EN TENSION .....</b>	<b>34</b>
2.1 LES DISPOSITIFS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX ACCUEILLANT DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ NÉCESSITANT DES SOINS.....	34

2.1.1	<i>Les résidences accueil, des pensions de famille spécialisée permettant l'accompagnement dans le logement de personnes en situation de handicap psychique</i>	35
2.1.2	<i>Des structures médico-sociales spécialisées dans la prise en charge des personnes en situation de grande vulnérabilité</i>	36
2.1.3	<i>La mise en place du dispositif d'équipes mobiles de psychiatrie-précarité</i>	39
2.2	LA DÉPENDANCE ET LA MALADIE EN PENSION DE FAMILLE : MAINTIEN À DOMICILE OU INSTITUTIONNALISATION ?	40
2.2.1	<i>Le maintien à domicile, une politique portée par l'ARS Pays de la Loire</i>	41
2.2.2	<i>Le constat d'un manque de coordination des professionnels de santé autour des personnes logées en pension de famille</i>	42
A)	<i>Un manque de coordination du parcours de soins des pensionnaires</i>	42
B)	<i>L'hôte, nouveau coordinateur par défaut du parcours de soins des personnes</i>	44
2.2.3	<i>Un équilibre difficile entre liberté de vivre dans son logement et sécurité des personnes</i>	45
2.3	DES PASSERELLES DIFFICILES DES USAGERS ENTRE LE SECTEUR DE LA COHÉSION SOCIALE ET LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL DES PERSONNES DÉPENDANTES	47
2.3.1	<i>Le constat de difficultés pour intégrer les pensionnaires dans les EHPAD</i>	47
2.3.2	<i>Le dispositif Interface 44</i>	48
2.3.3	<i>La réflexion de la conception d'un EHPAD spécialisé pour les personnes précaires pour les cas complexes</i>	49
<b>3</b>	<b>PRÉCONISATIONS &amp; POSITIONNEMENT DE L'INSPECTEUR</b>	<b>51</b>
3.1	SÉCURISER LES PENSIONNAIRES EN ACCOMPAGNANT LES HÔTES	51
3.1.1	<i>Consolider les formations des professionnels de santé et du social en vue de désenclaver les secteurs</i>	51
3.1.2	<i>La poursuite du « choc de la simplification » des politiques de solidarité</i>	52
3.1.3	<i>La désignation d'un coordinateur de parcours de santé</i>	53
3.1.4	<i>De la prise en charge de l'utilisateur à son accompagnement</i>	53
3.1.5	<i>Anticiper et prévenir la dépendance et les maladies</i>	54
3.2	PROPOSITIONS DE PISTES D' ACTIONS LOCALES	55
3.2.1	<i>Déployer les équipes mobiles psychiatrie précarité sur les deux autres départements de la région</i>	55
3.2.2	<i>Mettre en place un colloque vieillissement-précarité</i>	56
3.2.3	<i>Généraliser la mission Interface 44 sur l'ensemble de la région</i>	56
3.2.4	<i>Réfléchir à l'amélioration du pilotage et de l'adaptation de l'offre en structures sanitaires et médico-sociales à destination des « grands exclus »</i>	57
A)	<i>S'interroger sur l'opportunité de la création de lits d'accueil médicalisés</i>	57
B)	<i>Renforcer le pilotage interinstitutionnel des LHSS</i>	58
C)	<i>Créer des dispositifs spécifiques pour les cas complexes</i>	58
3.3	INTÉRÊT DE LA RÉFLEXION DU POINT DE VUE D'UN INSPECTEUR DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE	59
	<b>CONCLUSION</b>	<b>63</b>

<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>64</b>
----------------------------	-----------

<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>I</b>
--------------------------------	----------

1. LISTE DES ENTRETIENS .....	II
2. CARTE ADMINISTRATIVE DE LA RÉGION PAYS DE LA LOIRE.....	IV
3. PLAQUETTE D'INFORMATION SUR LES PENSIONS DE FAMILLE EN PAYS DE LA LOIRE SUITE À L'ENQUÊTE RÉGIONALE .....	V
4. PANORAMA DES SORTIES.....	IX
5. CAPACITÉS D'ACCUEIL EN FONCTION DU NOMBRE DE PLACES EN % .....	X
6. CARACTÉRISTIQUES DU BÂTI DE LA PENSION DE FAMILLE .....	X
7. FORMATION INITIALE DES HÔTES .....	XI
8. TABLEAU DES TAUX DE RÉPONSE À L'ENQUÊTE QUANTITATIVE .....	XI
9. PARC DES PENSIONS DE FAMILLE DES PAYS DE LA LOIRE AU 31 DÉCEMBRE 2014 .....	XII
10. TABLEAU DES TAUX D'ÉQUIPEMENT .....	XII
11. TAUX D'ÉVOLUTION DE LA CAPACITÉ DES PLACES EN PENSION DE FAMILLE EN PAYS DE LA LOIRE ENTRE 2009 ET 2014.....	XIII
12. COMPARAISON DES CAPACITÉS ENTRE STRUCTURES D'HÉBERGEMENT ET PENSION DE FAMILLE ..	XIII
13. RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DU NOMBRE DE PLACES EN PENSION DE FAMILLE EN RÉGION PAYS DE LA LOIRE, PAR VILLE .....	XIV
14. NOMBRE DE PENSIONS DE FAMILLE OUVERTES PAR ANNÉE .....	XIV
15. RÉPARTITION DU PUBLIC DES PENSIONS DE FAMILLE PAR TRANCHES D'ÂGE .....	XV
16. COMPOSITION FAMILIALE DU PUBLIC EN PENSION DE FAMILLE EN PAYS DE LA LOIRE (EN %) .....	XV
17. SITUATION ÉCONOMIQUE DU PUBLIC.....	XVI
18. SITUATIONS ANTÉRIEURES DES RÉSIDENTS .....	XVII
19. TYPOLOGIE DES DIFFICULTÉS SANITAIRES ET SOCIALES.....	XVIII
20. OBSERVATIONS SUR LA FIN DE VIE .....	XX
21. SCHÉMA PARCOURS DU RÉSIDENT .....	XXI
22. PLAQUETTE D'INFORMATION SUR LES PASS EN PAYS DE LA LOIRE (SOURCE : ARS PAYS DE LA LOIRE) .....	XXII

---

## REMERCIEMENTS

---

*En préambule de ce mémoire, je souhaite adresser mes sincères remerciements à mon maître de stage, Mme Carine VÉRITÉ, chef du pôle cohésion sociale de la DRJSCS Pays de la Loire pour sa confiance, sa disponibilité et son aide.*

*Merci également à Mme Chrystèle MARIONNEAU, responsable de l'unité Accompagnement des populations vulnérables, pour le temps qu'elle m'a consacré et ses précieux conseils.*

*Je remercie chaleureusement l'équipe du pôle cohésion sociale de la DRJSCS pour sa bonne humeur et sa bienveillance.*

*Enfin, ce mémoire n'aurait pu aboutir sans la précieuse contribution de toutes les personnes qui ont accepté de m'accorder du temps et de répondre à mes questions.*

---

## LISTE DES SIGLES UTILISÉS

---

ACT	Appartement de coordination thérapeutique
AGILLE	Améliorer la gouvernance et développer l'initiative locale pour mieux lutter contre l'exclusion
AHI	Accueil – hébergement - insertion
AME	Aide médicale de l'État
APL	Allocation personnalisée au logement
ARS	Agence régionale de santé
CCH	Code de la construction et de l'habitat
CCRPA	Comité consultatif régional des personnes accueillies
CD	Conseil départemental
CEREMA	Centre d'études et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CMP	Centre médico-psychologique
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
DALO	Droit au logement opposable
DDCS(PP)	Direction départementale de la cohésion sociale (et de protection des populations)
DDT(M)	Direction départementale des territoires et de la mer
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DHUP	Direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages
DIHAL	Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement
DOP	Document d'orientation budgétaire
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREAL	Direction régionale environnement aménagement logement
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DT	Délégation territoriale
DT 360°	Diagnostic Territorial 360° du sans-abrisme au mal logement
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante
EMPP	Équipe mobile de psychiatrie-précarité
ETP	Équivalents temps plein
FNARS	Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale

IASS	Inspecteur de l'action sanitaire et sociale
LAM	Lit d'accueil médicalisé
LF	Loi de finances
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LHSS	Lit halte soins santé
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MOLLE	Mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PDALHPD	Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées
PF	Pension de famille
PLAI	Prêt locatif aidé d'intégration
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRS	Projet régional de santé
PTA	Plateforme territoriale d'appui
ROB	Rapport d'orientation budgétaire
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour personnes handicapées
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SIAO	Service intégré d'accueil et d'orientation
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
URIOPSS	Union régionale interfédérale des œuvres privées sanitaires et sociales



*« Le propre de la solidarité,  
c'est de ne point admettre  
d'exclusion »*

*Victor HUGO  
Proses philosophiques, L'âme  
(1860-1865)*

---

## INTRODUCTION

---

Depuis le milieu des années 80 et les premiers plans de lutte contre la pauvreté<sup>1</sup>, la mobilisation des acteurs n'a pas cessé afin d'enrayer ce fardeau sociétal. De la reconnaissance d'un droit fondamental à l'habitat au début des années 80<sup>2</sup> à l'institutionnalisation du droit au logement opposable (DALO)<sup>3</sup>, les avancées en termes de droit et d'accès au logement sont incontestables<sup>4</sup>. Pourtant, en 2015 encore, 3,8 millions de personnes souffrent de mal-logement ou d'absence de logement personnel<sup>5</sup> et 12 millions sont touchées à des degrés divers par la crise du logement<sup>6</sup>. Dans ce contexte, et inspiré par des concepts anglo-saxons tels que le « Housing first model »<sup>7</sup>, le mouvement du « logement d'abord » s'est développé, s'opposant au système existant jusqu'alors – dit « par escalier » - qui faisait de l'accès au logement l'aboutissement de la réinsertion. Ce mouvement inscrit le logement comme préalable de cette dernière. À ce titre, de nouveaux dispositifs ont vu le jour dans les années 2000. Les logements dits « adaptés » ou « accompagnés » sont à mi-chemin entre le logement autonome et l'hébergement. Cette notion est apparue pour la première fois en 1990 dans la loi BESSON<sup>8</sup> et se définit comme étant toute solution de logement où un gestionnaire intervient entre le propriétaire et la personne logée. Le logement adapté prend notamment la forme de structures telles que les logements-foyers ou les résidences sociales. Le logement adapté prend des formes diverses d'habitats, financés totalement ou en partie par les pouvoirs publics afin de donner la possibilité à des personnes hébergées ou sans-abri d'accéder au logement.

Les pensions de famille font partie des résidences sociales, régies par les articles R.363 et suivants du code de la construction et de l'habitat (CCH)<sup>9</sup>. L'objectif de ces dispositifs est de loger un public précaire pour qui il est difficile de se maintenir dans un logement autonome. Les projets sociaux des résidences sociales circonscrivent parfois le type de public qu'elles souhaitent accueillir (personnes vieillissantes, migrants, jeunes, hommes

---

<sup>1</sup> Plan « pauvreté précarité » lancé en 1983.

<sup>2</sup> Loi n° 82-526 du 22 juin 1982 relative aux droits et obligations des locataires et des bailleurs.

<sup>3</sup> Loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.

<sup>4</sup> RAYSSIGUIER Y., JEGU J., LAFOURCADE M., 2012, Politiques sociales et de santé : comprendre et agir, Presses de l'EHESP, 672 p.

<sup>5</sup> FONDATION ABBE PIERRE, 2016, Les chiffres du mal logement en France 2016, [http://www.fondation-abbe-pierre.fr/sites/default/files/content-files/files/les\\_chiffres\\_du\\_mal-logement\\_2016.pdf](http://www.fondation-abbe-pierre.fr/sites/default/files/content-files/files/les_chiffres_du_mal-logement_2016.pdf)

<sup>6</sup> *Idem*.

<sup>7</sup> MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTE PUBLIQUE, 2012, Housing first, une nouvelle politique pour les personnes sans-abri, École des Hautes Études en Santé Publique, 50 p.

<sup>8</sup> Loi n° 90-449 du 31 mai 1990 visant à la mise en œuvre du droit au logement.

<sup>9</sup> Décret n°94-1128, n°94-1129, n°94-1130 du 23 décembre 1994 relatif aux résidences sociales et circulaire n°95-33 du 19 avril 1995 prise en application de ces décrets.

isolés...). Elles sont destinées à des personnes dont « *les perspectives d'insertion sont prévisibles à court ou moyen terme* »<sup>10</sup>, à la différence des pensions de famille qui sont sans condition de durée.

Expérimentées en 1997, puis généralisées par la circulaire du 10 décembre 2002<sup>11</sup>, les pensions de famille (anciennement « maisons relais ») ont été renforcées par la loi de programmation sur la cohésion sociale du 18 janvier 2005<sup>12</sup>. Elles sont régies par l'article L.631-1 du CCH. Leur objectif est d'accueillir des personnes à faible niveau de ressources, dans une situation d'exclusion lourde et dont la situation sociale, psychologique, voire psychiatrique, rend impossible l'accès au logement. Il leur est proposé un logement sans limitation de durée tout en étant accompagnées autour d'un collectif en vue de devenir ou redevenir des citoyens intégrés dans leur environnement et, dans l'idéal, d'accéder à un logement de droit commun (mais ce n'est pas le but premier). Les pensions de famille sont constituées de petits logements autonomes entourant une partie commune. Celle-ci est animée par un « hôte » ou « couple d'hôtes » qui régulent la vie quotidienne de la structure et doit faire les liens entre le collectif et l'environnement extérieur. Ces professionnels sont théoriquement issus de formations diverses, bien que la majorité d'entre eux, en Pays de la Loire, soient intervenants sociaux<sup>13</sup>. Leur avantage par rapport à l'hébergement, outre le fait qu'ils soient dans un logement durable, tient à l'absence de contraintes institutionnelles. Comparées aux centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), les pensions de famille ne demandent pas de contrepartie en termes de réinsertion et limitent la promiscuité, le climat d'insécurité et de violence. Elles gommant l'étiquette « SDF ». L'accompagnement social y est toutefois plus léger.

Les résidences accueil sont des formes particulières de pension de famille. Pour les différencier, nous distinguerons les « pensions de famille classiques » des résidences accueil. Ces dernières ont été expérimentées en 2006<sup>14</sup> et inscrites dans le CCH depuis la loi de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion (MOLLE) de 2009<sup>15</sup>. Leur différence réside dans le fait qu'elles accueillent un public atteint de troubles psychiques handicapants (mais pas systématiquement reconnus comme tels par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)). Elles offrent alors un accompagnement sanitaire et social par le biais de conventions existantes entre la structure

---

<sup>10</sup> MARIONNEAU C., 2009, Développement, pilotage et évaluation d'un dispositif récent de lutte contre les exclusions : l'exemple des maisons-relais de Lot-et-Garonne, Promotion des Inspecteurs de l'action sanitaire et sociale 2007-2009, Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique, 62p

<sup>11</sup> MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITÉ, Circulaire DGAS/SDA n°2002/595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais.

<sup>12</sup> MINISTÈRE DU LOGEMENT ET DE LA VILLE, loi n°2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale. Journal officiel n°22 du 27 janvier 2005, 14 11.

<sup>13</sup> Cf. infra : 1.1.3.

<sup>14</sup> MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITÉ, Note d'information n°DGAS/PIA/PHAN/2006/523 du 16 novembre 2006 relative à la mise en place de l'expérimentation des résidences-accueil.

<sup>15</sup> LOI n° 2009-323 du 25 mars 2009 parue au JO n° 73 du 27 mars 2009.

et des partenaires du secteur psychiatrique, des services d'accompagnement médico-social pour personne handicapée (SAMSAH) et/ou des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS).

Le choix du vocabulaire le plus adéquat n'a pas toujours été aisé. En effet, la terminologie employée pour désigner les résidents, les hôtes ou les structures elles-mêmes n'est pas identique dans la théorie, la réglementation et la pratique. Aussi, j'ai choisi de retenir indifféremment les termes « d'habitant », de « résident » ou de « pensionnaire ». Bien que les personnes logées en pension de famille soient effectivement dans un logement durable, ils sont la plupart du temps, en pratique, nommés « résidents »<sup>16</sup>. Par ailleurs, il sera retenu la dénomination « d'hôte » pour désigner les personnes employées, conformément à la circulaire de 2002. Enfin, nous parlerons de « pensions de famille » et non de « maisons relais », la loi étant stabilisée sur ce terme depuis 2009. Si la notion de « pension de famille » ne convainc pas parce qu'elle renvoie à une notion désuète, une idée de famille qui n'en est pas une et évoque une forme de location de vacances pour certains usagers, celle de « maisons relais » ne sied pas davantage à la réalité. En effet, la notion de « relais », de l'avis de presque toutes les personnes interrogées, ne correspond pas au concept d'habitat durable. Ce débat n'est pas anecdotique. Il renforce l'illisibilité de ce dispositif pour les usagers et les partenaires et complexifie la communication vers l'extérieur, alors que c'est l'essence même des pensions de famille.

L'autre difficulté lexicale est celle du public présent dans ces structures. En effet, ces dénominations sont souvent utilisées comme des synonymes : « personnes vulnérables », « sans-abri », « SDF », « grands exclus », « personnes en situation d'exclusion sociale », « personnes précaires », etc. Nous préférons les nommer au regard de leur qualité de pensionnaires. Sociologiquement, pourrait être utilisée la notion de « grande vulnérabilité » qui englobe toutes les populations précitées, à savoir, les plus démunies (grands exclus, SDF, en hébergement social, migrants, etc.) ainsi que les populations connaissant une grande précarité et ayant vécu ou risquant de vivre de nouvelles ruptures (sociales, professionnelles, financières, de logement, de droits, de soins, etc.).

Pathologies chroniques, troubles psychiques, addictions, vieillissement précoce sont autant de problématiques sanitaires rencontrées en pension de famille. L'enquête de l'IRDES sur la santé des personnes sans-abri a montré en 2012 que *« Les personnes sans domicile se déclarent moins fréquemment en bonne santé que l'ensemble de la population, bien qu'elles soient en moyenne plus jeunes. Seule la moitié d'entre elles se considèrent en*

---

<sup>16</sup> Notons que l'orthographe de « résident » fait également débat dans certaines structures, certains professionnels n'admettant que la notion de « résidant ». La question semble tranchée par l'Académie Française. « Résident » est un nom ; « résidant » un adjectif ou un participe passé ». Cf. [www.academie-francaise.fr](http://www.academie-francaise.fr).

« bonne » ou en « très bonne » santé, contre 69 % dans l'ensemble de la population ».<sup>17</sup> « L'état de santé se dégrade proportionnellement à la durée globale passée dans la rue », indique une étude similaire de l'INSEE en 2001. C'est une des raisons pour lesquelles, dès l'entrée dans la pension de famille, la plupart des résidents présentent des problématiques de santé qui, bien souvent, n'ont pas été traitées. De même, nous parlerons à plusieurs reprises de « vieillissement prématuré ». En effet, l'espérance de vie des personnes sans abri est beaucoup plus faible que pour le reste de la population (44 ans pour une femme qui vit à la rue, 56 ans pour un homme<sup>18</sup>). Il fait l'unanimité que dès 45 ans, un vieillissement précoce des personnes en situation de précarité qui ont connu la rue peut être constaté. Cela se traduit par divers maux : un état de santé dégradé très tôt, impliquant des problèmes de mobilité, de chutes, d'incontinence, de cognition ; des traitements médicaux lourds ; le besoin d'une présence quotidienne ; des pathologies neurodégénératives de type syndrome de Korsakoff<sup>19</sup>, etc. De ce fait, l'état de santé des pensionnaires, et plus généralement des personnes en situation de grande vulnérabilité, nécessite des soins réguliers et une prise en charge adaptée par des professionnels formés. Pourtant, l'intégration de ces personnes dans une pension de famille n'engendre pas nécessairement pour elles une amélioration radicale de l'accès aux soins.

En effet, la pension de famille accompagne un collectif, éventuellement, comme c'est le cas en pratique, des individus, mais elle ne les prend pas en charge. L'accompagnement est davantage associé au secteur social, et rend l'utilisateur acteur de son parcours. L'objectif d'un accompagnant est de favoriser l'autonomie de l'individu et son insertion ou sa réinsertion dans son environnement. Alors que l'accompagnement « fait avec », la prise en charge « fait pour ». L'acteur principal de la prise en charge n'est pas l'utilisateur, mais le professionnel. Ainsi, on associe l'accompagnement au champ social et la prise en charge au champ sanitaire.

Au regard de ces éléments, la problématique suivante se pose : Face à l'évolution de l'état de santé du public logé en pension de famille, quels peuvent être l'accompagnement et la prise en charge proposés ? De cette question centrale découlent deux hypothèses : d'une part, il conviendra d'affirmer ou d'infirmer que l'état de santé du public logé en pension de famille en Pays de la Loire a évolué. D'autre part, il s'agira d'analyser si l'accompagnement actuel de ces personnes est devenu moins adapté en raison de cette évolution.

---

<sup>17</sup> L'enquête Santé et protection sociale est réalisée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) citée par DREES, septembre 2015, Problèmes dentaires, tabac, dépression : la santé précaire des sans-domiciles, Études & résultats.

<sup>18</sup> INSEE, 2003, *La santé des sans-domiciles usagers des services d'aide*, étude 2001.

<sup>19</sup> Selon le Larousse Médical : Ensemble de troubles psychiques caractérisé par la perte de la mémoire immédiate, une désorientation temporelle, de fausses reconnaissances et une fabulation [...] causés par un alcoolisme chronique ».

Nous limiterons notre champ d'études à la région Pays de la Loire<sup>20</sup>, sixième région française au niveau PIB. Elle bénéficie d'un relativement bon niveau de vie. 11,6% des personnes (soit 410 000) vivent avec un niveau de vie inférieur à 977€ par mois contre 14,3% au niveau national<sup>21</sup>. 4,7% de la population régionale est en situation de privation matérielle sévère, un des taux les plus faibles en France<sup>22</sup>. Toutefois, il convient de noter l'existence de disparités entre les départements. On constate notamment que la Sarthe a un taux de pauvreté juste en dessous du taux de pauvreté national de 13,1% (avec un taux d'augmentation de 1,8% entre 2008 et 2011). Les départements de la Mayenne et du Maine-et-Loire ne sont pas éloignés du taux national (+ 12%). Depuis 2011, la dégradation du marché du travail s'est accentuée compte tenu de la crise économique. Aussi, on note que les familles monoparentales et/ou nombreuses sont les plus touchées, ainsi que les jeunes et les enfants.

Les thématiques des pensions de famille et de l'accompagnement sanitaire et médico-social des personnes en situation de grande vulnérabilité sont d'actualité dans ces secteurs. Tout d'abord, depuis plus d'un an, la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL), la Direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages (DHUP) et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) ont diligenté une étude au centre d'études et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement (Cerema) et dont le rapport complet vient d'être publié<sup>23</sup>. Cette étude quantitative et qualitative a été suivie de la constitution de groupes de travail thématiques afin de poursuivre une réflexion en profondeur sur ces structures. Une des problématiques soulignées concerne la santé et le vieillissement précoce des résidents. Dans cette perspective, un certain nombre de Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) ont réalisé des études sur ces dispositifs de logement adapté, en vue de recenser les besoins et de chercher des pistes d'action<sup>24</sup>. Par ailleurs, la question de l'accès aux soins des personnes logées en pension de famille est au carrefour des politiques sanitaires et sociales actuelles. Outre le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale lancé au début du quinquennat du Président HOLLANDE et piloté par J.-F. CHEREQUE, de nombreux rapports et textes législatifs viennent faire écho à notre problématique : le rapport BOURGUIGNON "Reconnaître et valoriser le travail social", dans le cadre des États généraux du travail social ; le rapport PIVETEAU « Zéro sans solution » ; la loi d'adaptation de la société au

---

<sup>20</sup> Cf. annexe n°2.

<sup>21</sup> Chiffres INSEE, 2011.

<sup>22</sup> Idem.

<sup>23</sup> CENTRE D'ÉTUDES ET D'EXPERTISE SUR LES RISQUES, L'ENVIRONNEMENT, LA MOBILITÉ ET L'AMÉNAGEMENT, novembre 2015, Les pensions de famille et résidences-accueil : du modèle aux réalités d'aujourd'hui. Retour d'étude synthèse pour la DIHAL, la DGCS et la DHUP, 175 p.

<sup>24</sup> Notamment : Pays de la Loire, Languedoc-Roussillon, Centre, Picardie, PACA, Bretagne, Rhône-Alpes...

vieillesse votée le 28 septembre 2015 ou encore la loi de modernisation du système de santé votée le 17 décembre 2015, pour ne citer que ceux-ci.

Ce sujet est au cœur de la problématique du cloisonnement entre le secteur sanitaire, social et médico-social, vestige des politiques des années 70. Or, les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale (IASS), comme leur nom l'indique, et eu égard à leur formation dans ces trois champs, constituent l'un des seuls corps de la fonction publique à même d'avoir une lisibilité globale de ce triptyque. En tant que pilote des politiques sanitaires et sociales, il appartient aux IASS d'aider au développement, au pilotage et à l'évaluation<sup>25</sup> des pensions de famille. Pour ce faire, il doit s'investir dans un état des lieux territorial des besoins quantitatifs (besoins de la population et des services préexistants) et qualitatifs au plus près du terrain, puis prendre de la hauteur pour inclure ce diagnostic dans une perspective stratégique plus globale en vue d'élaborer des pistes d'action. Parce qu'aujourd'hui plus que jamais, ces politiques étant menées en partenariat avec divers acteurs institutionnels et associatifs, l'inspecteur se doit d'être vigilant à l'effectivité de la coopération interinstitutionnelle et, le cas échéant, de savoir mobiliser ces derniers afin d'aider les monteurs de projets à répondre aux politiques nationales.

En DRJSCS plus particulièrement puisque c'était mon lieu d'investigation, l'IASS s'attache également à harmoniser des outils et des pratiques entre les départements qu'il pilote ou grâce à des instruments communs tels que le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ou le Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées (PDALHPD).

Ce mémoire s'appuie sur l'étude régionale concernant les pensions de famille « classiques » et les résidences accueil que j'ai réalisé lors de mon stage d'exercice professionnel à la DRJSCS Pays de la Loire<sup>26</sup>. Après avoir réalisé un questionnaire et l'avoir transmis aux hôtes des pensions de famille en juin 2015, j'ai procédé à l'extraction et à la compilation des données quantitative en août 2015. J'ai complété mon étude grâce à une enquête qualitative en m'entretenant avec un maximum d'acteurs<sup>27</sup>. J'ai ensuite procédé à l'interprétation des résultats et rédigé un rapport d'une cinquantaine de pages ainsi qu'une plaquette dédiée à la communication sur le sujet<sup>28</sup>. Ces deux documents sont disponibles sur le site internet de la DRJSCS des Pays de la Loire. Ils ont été restitués à diverses occasions, notamment lors d'une journée « pension de famille » organisée par la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) qui a accepté ma présence pour discuter des résultats ou lors de la Commission hébergement et accès au logement qui regroupe les partenaires régionaux du secteur auxquelles j'ai présenté l'enquête. L'étude est

---

<sup>25</sup> Selon la formule de : MARIONNEAU C., *op.cit.*

<sup>26</sup> En ligne : [http://pays-de-la-loire.drdjcs.gouv.fr/sites/pays-de-la-loire.drdjcs.gouv.fr/IMG/pdf/etude\\_regionale\\_2014\\_pensions\\_de\\_famille\\_en\\_pays\\_de\\_la\\_loire.pdf](http://pays-de-la-loire.drdjcs.gouv.fr/sites/pays-de-la-loire.drdjcs.gouv.fr/IMG/pdf/etude_regionale_2014_pensions_de_famille_en_pays_de_la_loire.pdf)

<sup>27</sup> Cf. liste des entretiens en annexe n°1.

<sup>28</sup> Cf. annexe n°3.

actuellement l'une des bases de travail sur lesquelles s'appuie la DRJSCS afin de conduire sa politique. L'ayant rédigé, je me suis permis d'en reprendre divers éléments tout en la citant.

Les pensions de famille sont une forme de logement adaptée à des besoins spécifiques qui est montée en charge progressivement et qui demeure récente (1). Les évaluations et études réalisées sur le sujet montrent que le public qui y loge souffre de multiples problématiques de santé. À cet égard, il s'avère que les dispositifs d'accompagnement et de prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes en situation de grande vulnérabilité sont en tension, ce qui n'est pas sans soulever la problématique du cloisonnement existant entre le secteur sanitaire et social (2). Néanmoins, ces questions viennent directement interroger la marge de manœuvre et le rôle des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale sur ce thème (3).



# **1 PRÉSENTATION GÉNÉRALE ET ÉTAT DES LIEUX RÉGIONAL DES PENSIONS DE FAMILLE**

La présentation générale des pensions de famille est nécessaire afin d'appréhender les problématiques régionales. Elle permet également de faire un focus sur le public qui devrait, selon la circulaire de 2002, être présent en pension de famille (1.1). Par ailleurs, dans le cadre de l'étude sur les pensions de famille de la région que j'ai pu réaliser pour la DRJSCS des Pays de la Loire, un état des lieux (1.2) sera présenté afin d'avoir une vision plus fine des dispositifs, du public y habitant et d'une des interrogations rencontrées par les usagers et les professionnels, à savoir, les problématiques de santé et de vieillissement précoce des résidents (1.3).

## **1.1 LES PENSIONS DE FAMILLE, UNE FORME DE LOGEMENT ADAPTÉ À DES BESOINS PARTICULIERS**

Les pensions de famille font partie de la catégorie du logement adaptée, dont la montée en charge date des années 2000 (1.1.1). Elles sont encadrées et financées par l'État (1.1.2.) et revêtent la forme d'un habitat durable à taille humaine, composé d'une partie commune et de multiples logements individuels, encadré par un couple d'hôtes (1.1.3).

### **1.1.1 Les pensions de famille, une réponse alternative de prise en charge du « sans-abrisme », montée en charge rapidement**

#### **A) Historique de la montée en charge des pensions de famille**

En 1996, les types particuliers de résidences sociales que sont les pensions de famille sont précisés par une circulaire<sup>29</sup> qui les décrit comme des « *habitation[s] communautaire[s] de petite taille, destinée[s] à des personnes désocialisées de renouer des liens avec la société* »<sup>30</sup>. Elles sont dérogatoires des résidences sociales classiques en ce qu'elles ne comportent pas de durée de séjour maximale. En effet, elles ont pour rôle de maintenir dans le logement des personnes en situation de grande vulnérabilité qui sont généralement désocialisées depuis une longue période. Ainsi, le groupe de travail mis en place en 1996 par Xavier EMMANUELLI, secrétaire d'État auprès du Premier ministre chargé de l'action humanitaire d'urgence de mai 1995 à juin 1997<sup>31</sup>. Inspirées du modèle de la pension de Vauquer de BALZAC<sup>32</sup> qui prenait la forme de « *petits hôtels ou (...) maisons bourgeoises, où le gîte et le couvert étaient proposés, au XIXe siècle et jusqu'au milieu du XXe siècle, dans*

<sup>29</sup> Circulaire n°965733 du 17 décembre 1996

<sup>30</sup> ROUFF Katia, 9 janvier 2003, Les pension de famille, une solution pour des personnes en difficulté, LIEN SOCIAL, N° 648.

<sup>31</sup> Fondateur du SAMU social de la ville de Paris et président du Haut comité pour le logement des personnes défavorisée de 1997 à 2015.

<sup>32</sup> BALZAC H., Le Père Goriot, 1835.

*un cadre familial, à des personnes seules ou isolées* »<sup>33</sup>. Le programme expérimental « pension de famille » de 1997 engendre la création, par la diffusion d'appels à projets, de 18 structures. L'évaluation positive de leur expérimentation engendra leur généralisation en 2001<sup>34</sup>.

En 2002, la circulaire dite Versini<sup>35</sup> encadre les maisons relais, fixant des objectifs et un cadre réglementaire précis. Simultanément, le gouvernement définit une politique d'encouragement de créations importantes de maisons relais (200 en 5 ans).

B) La circulaire du 10 décembre 2002, texte de référence encadrant les « maisons relais », exigeant une mixité du public accueilli

En 2002, par la circulaire n°2002/595 du 10 décembre 2002 décrit les objectifs et le cadre précis des « maisons relais », changeant par la même leur dénomination, ce que critiquera abondamment Xavier EMMANUELLI, y voyant une remise en cause du concept de logement durable<sup>36</sup>. Ce cahier des charges est encore aujourd'hui le texte de référence qui définit les pensions de famille et leurs modalités de fonctionnement. Conçues comme un habitat durable, sans durée maximale de séjour, elles sont pensées en petites structures comportant au moins dix logements, mais pas plus de vingt-cinq. Le bâtiment doit comporter au moins une partie collective permettant « *d'insuffler une dynamique de groupe, éviter l'écueil de la solitude et offrir un soutien bienveillant dans la gestion de la vie quotidienne grâce à la présence [...] d'un [...] hôte* »<sup>37</sup>.

L'instruction du 11 mars 2003 relative aux maisons relais<sup>38</sup> rappelle que ces structures « *constituent une modalité spécifique de résidences sociales dont la particularité découle essentiellement du profil des populations accueillies* ». La circulaire Versini de 2002 met l'accent sur la mixité du public logé en pension de famille. Des textes réglementaires ultérieurs viendront souligner cette exigence et exclure, jusqu'en 2006, la possibilité de créer des « maisons relais » pour un public particulier<sup>39</sup>. L'objectif est alors de comporter des profils variés pour dynamiser la vie de l'établissement.

---

<sup>33</sup> FÉDÉRATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS D'ACCUEIL ET DE RÉINSERTION SOCIALE, mai 2003, « Maisons-relais : guide montage », Recueils et documents, n°22, 27 p.

<sup>34</sup> SECRÉTARIAT D'ÉTAT AU LOGEMENT, Évaluation du programme expérimental « pension de famille », synthèse d'étude, cabinet OPSIS, juin 2001, 8p.

<sup>35</sup> MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITÉ, Circulaire DGAS/SDA n°2002/595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais, cosignée par le ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, le secrétariat d'État à la lutte contre la précarité et l'exclusion, et le ministère de l'équipement, des transports, du logement, du tourisme et de la mer.

<sup>36</sup> MARICOURT T., 2011, D'une pension de famille, d'aujourd'hui. Maisons relais et habitat adapté, Amiens, Edition l'Harmattan/La Licorne (Villes en mouvement), 344 p.

<sup>37</sup> FÉDÉRATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS D'ACCUEIL ET DE RÉINSERTION SOCIALE, octobre 2011, Guide des maisons relais et pensions de famille de la région Midi-Pyrénées, 135p.

<sup>38</sup> MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITÉ, instruction interministérielle du 11 mars 2003 relative aux maisons-relais.

<sup>39</sup> Cf. *infra*.

Le public ciblé par le cahier des charges « maisons relais » définit le public comme étant isolé, fortement désocialisé, ayant fréquenté de façon répétitive des structures d'hébergement provisoire. L'article L.633-1 du code de la construction et de l'habitation (CCH) dispose que le public concerné par les pensions de famille est en situation sociale et psychologique qui rend « *difficile leur accès à un logement ordinaire* ». Certains documents décrivant les pensions de famille font très souvent état de « grands exclus », c'est-à-dire des personnes ayant eu un long parcours de rue et des troubles psychiques significatifs. En principe, le public accueilli doit être « stabilisé », mais il ressort de l'enquête qualitative menée lors de mon stage que les pensionnaires pour la grande majorité se stabilisent au cours de leur vie dans la pension de famille et le sont rarement à leur entrée.

C) Des évolutions ponctuelles accompagnant la montée en charge du dispositif

À partir de 2003, plusieurs circulaires et instructions viendront encadrer le développement des maisons relais.

Tout d'abord, des textes réglementaires vont choisir d'assouplir la définition du public logé en pension de famille. Ainsi, l'instruction du 11 mars 2003 exclut la possibilité de retenir des projets sociaux dont l'objet serait d'accueillir des catégories spécifiques de public, car ces derniers relèvent de structures *ad hoc* préexistantes (par ex, un établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante (EHPAD) pour ce qui concerne les personnes en situation de dépendance). Ainsi, le texte réaffirme et met en exergue le principe de mixité du public.

En 2005, une note d'information<sup>40</sup> relative à la mise en œuvre du programme 2005 maisons relais-pensions de famille demande aux Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) de transmettre à la Direction générale des affaires sociales les projets ou expérimentations de maisons relais ciblant une population particulière ainsi que les difficultés et points de blocage ayant pu avoir lieu lors du montage et de l'instruction des dossiers. En effet, la montée en charge de ce dispositif souple a fait apparaître des projets qui n'entraient pas dans le cadre de la circulaire de 2002 et de l'instruction de 2003. Il est réitéré dans la note d'information de 2005 qu'aucun projet de ce type ne peut obtenir un agrément « maisons relais ».

Finalement, une année plus tard, un relevé de décisions du comité interministériel de lutte contre les exclusions du 12 mai 2006 donne la possibilité aux DRASS d'accepter des expérimentations de maisons relais pour personnes sans domicile vieillissantes en prévoyant des liens organisés avec le réseau gérontologique. Elle crée également à titre expérimental des « résidences accueil » pour les personnes souffrant de handicap psychique. En effet,

---

<sup>40</sup> MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA COHÉSION SOCIALE ET DU LOGEMENT, Note d'information n°DGAS/DGUHC/PIA/IUH1/2005/189 du 13 avril 2005 relative à la mise en œuvre du programme 2005 maisons relais-pensions de famille.

suite à l'interrogation mutuelle des cabinets des ministres concernés (cohésion sociale et personnes en situation de handicap), un groupe de travail interministériel a été mis en place en lien avec la mission d'appui en santé mentale, en vue de proposer des mesures favorisant l'accès à un logement ou un hébergement adapté aux personnes en situation de handicap psychique. Le 16 novembre 2006, une note d'information lance l'expérimentation des résidences accueil et décrit leurs modalités de fonctionnement, qui seront pérennisées et distinguées des pensions de famille « classiques » lors de la loi MOLLE en 2009<sup>41</sup>.

Le public visé par ces nouveaux dispositifs a un parcours de rue accompagné de troubles psychiques nécessitant des soins. Selon l'article L.633-1 du CCH, la résidence accueil est une « *pension de famille dédiée aux personnes ayant un handicap psychique* ». Toutefois, la circulaire de 2006 les mettant en place souligne bien que la reconnaissance de ce handicap par la MDPH n'est pas exigée. Aussi, dès lors que l'on compare le public ciblé par la circulaire de 2002 et celui décrit dans la circulaire de 2006 relative aux résidences accueil, le public n'est pas très éloigné. En effet, le public des pensions de famille classiques doit avoir un long parcours de rue, comme c'est le cas pour les résidences accueil. Or, d'une part, la plupart des personnes à la rue développent des troubles psychiques, d'autre part, le fait de parler de « grands exclus » implique la présence de tels troubles. Ainsi, il ne paraît pas étonnant que sur le terrain, des déviations de public existent. Nous verrons par la suite<sup>42</sup> qu'une partie des résidents de pension de famille « classiques » comporte des troubles ou maladies psychiques et n'ont pas une prise en charge spécialisée comme c'est le cas en résidence accueil, ce qui engendre une inégalité de traitement de ces personnes. Par conséquent, il est possible de se demander si les différences existantes entre le public des pensions de famille classiques et celui des résidences accueil ne tiennent pas au degré de gravité de la maladie psychique qui s'avère très difficile à évaluer.

### **1.1.2 La pension de famille, un dispositif encadré et financé par l'État**

#### **A) Une procédure de création des pensions de famille encadrée par l'État**

La première étape de la création d'un projet de pension de famille est de demander un agrément préfectoral de type « Résidence sociale » qui atteste de l'aptitude du gestionnaire à gérer ces structures ainsi que sa faculté à accompagner des publics vulnérables.

La deuxième étape est de construire le dossier présentant la future pension de famille. Le projet global doit justifier sa présentation sous cette forme de logement adapté plutôt qu'un autre. La circulaire du 10 décembre 2002 précise également qu'il doit « *susciter une démarche partenariale de l'ensemble des acteurs concernés pour définir les conditions de sa*

---

<sup>41</sup> LOI n° 2009-323 du 25 mars 2009 parue au JO n° 73 du 27 mars 2009.

<sup>42</sup> Cf. *infra*.

*réalisation sur le plan technique et financier (investissement, fonctionnement et politique de redevance) en fonction des caractéristiques des publics accueillis »<sup>43</sup>. Généralement, le dossier de création est scindé en plusieurs projets : social, financier, de fonctionnement, immobilier.*

Ce projet est alors transmis à la Direction départementale de la cohésion sociale (et de la protection des populations) (DDCS(PP)) qui étudie son adéquation avec les besoins départementaux mis en évidence par le Diagnostic territorial 360° du sans-abrisme au mal-logement (DT 360°) ainsi qu'avec le PDALHPD. Si ce critère ainsi que la cohérence globale du projet de financement est validé par la DDCS(PP), le dossier est transmis sous la forme d'une grille harmonisée au comité régional d'habilitation des pensions de famille en Pays de la Loire. Ce comité est composé par la DRJSCS, la Direction régionale environnement aménagement logement (DREAL), les Directions départementales des territoires (et de la mer) (DDT(M)), les DDCS(PP). Il vérifie tous les points du cahier des charges ainsi que des critères plus précis inhérents aux besoins recensés sur le territoire tels que la taille, la situation, le plan d'investissement, ses liens avec le service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO), etc. L'un des critères importants tient aux objectifs d'intégration des pensionnaires dans leur environnement local et d'autonomisation de ces derniers dans leur vie quotidienne.

B) Une dualité de financement des pensions de famille pouvant entraîner des situations de blocage

Le financement des pensions de famille est scindé en deux parties. Premièrement, l'investissement est financé par les DREAL et DDT(M) via les prêts locatifs aidés d'intégration (PLAI). Ce prêt permet à l'organisme gestionnaire de financer la construction d'un bâtiment neuf ou d'acquérir un bien ancien, éventuellement à rénover. Les logements financés grâce à un PLAI permettent de formaliser une convention ouvrant droit à l'allocation personnalisée au logement (APL) et d'obtenir une exonération ou minoration de la taxe foncière. Deuxièmement, les dépenses courantes de fonctionnement de la pension de famille sont payées via une subvention versée par les DDCS(PP). Une fois le projet validé par le comité régional, et si la DDT(M) permet le financement des investissements, la DDCS(PP) doit dégager de son enveloppe globale (Budget opérationnel de programme 177). Le montant de la subvention est fixé à 16€ par jour et par pensionnaire. Cette somme doit couvrir les dépenses de personnel, de mobilier et d'animation. Cette dotation n'est généralement pas suffisante au bon fonctionnement de la structure et est donc complétée par un reste à charge demandé à l'usager. Des cofinancements peuvent être recherchés par les gestionnaires auprès d'autres acteurs. C'est ainsi par exemple que le conseil départemental de la Sarthe

---

<sup>43</sup> MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITÉ, Circulaire DGAS/SDA n°2002/595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais.

subventionne certaines maisons relais qui acceptent d'intégrer des personnes sans domicile qui touchent le revenu de solidarité active.

Par conséquent, un porteur de projet doit obtenir, d'une part, l'acceptation de financement des investissements de la part de la DDT(M) et l'agrément de la DDCS(PP) concernant le projet social et la cohérence du projet avec les besoins. Cette dualité n'est pas sans poser problème, car l'un peut accepter et l'autre refuser, bloquant ainsi le projet.

### 1.1.3 Un habitat durable à taille humaine encadré par un couple d'hôtes.

La circulaire de 2002 met en exergue les trois caractéristiques majeures des pensions de famille. Premièrement, l'absence de durée de séjour permet une stabilisation du pensionnaire qui distingue la pension de famille des structures d'hébergement et des résidences sociales dont la durée de séjour ne doit pas excéder deux ans (A). Deuxièmement, il s'agit de petites structures qui permettent d'allier une pérennité financière et la construction d'un collectif dynamique (B). Troisièmement, la pension de famille est encadrée par un couple d'hôtes qui a notamment pour rôle de lier le collectif de la pension de famille à l'environnement extérieur (C).

#### A) Un habitat sans limitation dans le temps

L'absence de limitation dans le temps est importante pour un public qui a connu de longues périodes d'instabilité passant de la rue aux structures d'hébergement à plusieurs reprises. « *La stabilité permet de se sentir en sécurité* », nous a rapporté un pensionnaire. De plus, la notion de temporalité dans l'accompagnement est à adapter en fonction de chaque cas et de chaque situation. « *L'accompagnement social prend du temps, on y va petit à petit. Cela peut parfois prendre des années pour réussir à faire comprendre que l'hygiène est essentielle par exemple* »<sup>44</sup>.

Pour ces raisons, la structure n'est pas censée construire systématiquement un projet de sortie pour le résident s'il ne le demande pas. Dans l'idéal, les sorties ne devraient pas aboutir dans d'autres structures que le logement autonome. Pourtant, les sorties sont, en Pays de la Loire, de nature variable<sup>45</sup> : du logement autonome, mais également des retours à la rue et un bon nombre de destinations inconnues. Sur 521 places de pension de famille classique, 73 sorties ont été recensées, dont 20 vers des logements autonomes (parc privé ou social) et 19 vers des « destinations inconnues » ou « autres », 3 à la rue et enfin 10 décès ont été recensés<sup>46</sup>. Les hôtes et les gestionnaires rencontrés lors des multiples échanges interprètent les sorties vers des « destinations inconnues » comme des retours à la rue ou des départs vers des squats.

---

<sup>44</sup> Extrait d'un entretien avec un hôte (septembre 2015).

<sup>45</sup> Cf. *infra* et annexe n°4.

<sup>46</sup> Cf. *infra*. Pour plus d'informations, cf. DRJSCS Pays de la Loire, octobre 2015, Les pensions de famille en Pays de la Loire : Étude régionale 2014.

À cet égard, le turn-over significatif existant dans les pensions de famille classiques de la région interroge. Dans ces structures, 31% des personnes logées y résident depuis 1 à 3 ans et près de la moitié en résidence accueil. 26% des personnes logées en pension de famille classique et 19% des pensionnaires de résidence accueil y habitent depuis moins d'un an. Seules respectivement 18% et 8% des personnes ont une ancienneté de plus de 5 ans en pension de famille classique et résidence accueil. Un hôte avance une tentative d'explication : « *Peut-être n'explique-t-on pas suffisamment clairement que leur logement en pension de famille peut être leur lieu de vie définitif s'il le souhaite* ». Notons qu'en Mayenne et en Maine-et-Loire, le turn-over est plus important que sur le reste du territoire, mais les chiffres pour ces deux départements peuvent s'expliquer en partie par la création de nouvelles structures en 2014.

B) Une structure « de taille réduite, associant logements privatifs et espaces collectifs »<sup>47</sup>

En Pays de la Loire, la moitié des pensions de famille classiques dispose de 11 à 19 places<sup>48</sup>. La plus petite structure accueille 8 personnes, la plus importante en accueille 33. Ces proportions coïncident avec les orientations ministérielles qui préconisent de privilégier les structures de petite taille (entre 15 et 25 places) pour permettre au résident de bien s'intégrer au fonctionnement de la maison, et à l'hôte d'assurer ses missions dans de bonnes conditions. Néanmoins, la circulaire Versini de 2002 insiste sur le fait que des structures trop petites (moins de 10 places) peuvent se montrer difficiles à équilibrer sur le plan financier.

Les pensions de famille visitées dans le cadre de l'étude régionale sont souvent configurées de la même manière, avec une pièce de vie dotée d'une cuisine, d'une salle à manger et d'un salon, parfois d'une buanderie pour laver son linge. Accolé à ce lieu (où se trouvent les bureaux du personnel) ou à proximité directe se situent les logements individuels des résidents. Notons qu'une proportion non négligeable de pensions de famille se trouve sous la forme de logements diffus alors que les orientations ministérielles<sup>49</sup> indiquaient l'impossibilité de concevoir les maisons relais sous forme éclatée dans la mesure où leur mission principale est de créer ou recréer du lien social<sup>50</sup>. Cependant, l'hôte d'une résidence accueil nous a précisé que le logement éclaté permettrait de faire bénéficier d'un bail glissant au pensionnaire. Néanmoins, compte tenu du vieillissement de la population dans certaines structures, il apparaît que les logements diffus engendrent des difficultés dans

---

<sup>47</sup> MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITÉ, Circulaire DGAS/SDA n°2002/595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais.

<sup>48</sup> Cf. annexe n°5.

<sup>49</sup> MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITÉ et MINISTÈRE DE L'ÉQUIPEMENT, DES TRANSPORTS, DU LOGEMENT, DU TOURISME ET DE LA MER, Lettre d'instruction aux services déconcentrés (DDASS et DDE) pour la mise en œuvre du programme 2004 « maisons relais ».

<sup>50</sup> DRJSCS Pays de la Loire, octobre 2015, Les pensions de famille en Pays de la Loire : Étude régionale 2014.

l'accompagnement des personnes, ces dernières ayant des problèmes pour se déplacer jusqu'aux espaces collectifs<sup>51</sup>.

Avec cette configuration, les pensions de famille allient l'avantage de disposer d'un espace collectif pour se soutenir, partager des temps forts, participer à des activités sans les inconvénients qu'on peut retrouver en centres d'hébergement par exemple, comme la promiscuité et la violence. Avec des petits logements individuels, elles ont l'atout de permettre un travail sur l'autonomie des personnes. Ces dernières sont chez elle, sans qu'aucun tiers n'ait le droit d'y pénétrer sans son accord. Elle peut individualiser son logement comme bon lui semble. Néanmoins, quelques aménagements peuvent être précisés sur ce dernier point. En effet, 100% des pensions de famille classiques et trois-quarts des résidences accueil ont mis en place un règlement intérieur<sup>52</sup>. Il permet de trouver le bon équilibre entre appropriation du logement individuel et « bien-vivre » dans un collectif. Dans l'ensemble, le fonctionnement des pensions de famille est souple. Les gestionnaires et hôtes laissent les résidents libres de l'usage de leur espace de vie. À cet égard, tous les résidents disposent d'une boîte aux lettres, peuvent recevoir des visiteurs et consommer de l'alcool dans leur logement pour environ 90% des structures<sup>53</sup>. Toutefois, des contraintes peuvent être soulignées en vue de maintenir l'équilibre du collectif. Au-delà des règles d'usage pour le « bien-vivre ensemble », un certain nombre de pensions de famille intègrent des contraintes supplémentaires. À titre d'exemple, 57% des pensions de famille classiques n'offrent pas la possibilité d'héberger un tiers, même avec des limites de durée<sup>54</sup> et 48% des structures interdisent les animaux de compagnie, y compris dans les logements individuels.

À ces éléments s'ajoute le fait qu'il n'est pas obligatoire de rendre des preuves de réinsertion, ce qui est une plus-value importante pour les pensionnaires. En effet, les résidents peuvent avoir des projets de vie, mais n'entrent pas dans des logiques de réinsertion qui pourraient leur rappeler les échecs qu'ils ont pu connaître dans le passé.

### C) L'hôte, une interface entre le collectif et l'environnement extérieur

Les hôtes sont les pivots du maintien du collectif en pension de famille en animant et régulant sa vie quotidienne. Un résident rapporte : « *La vie de la maison s'éteint quand les hôtes ne sont pas là* ». Leur rôle est d'une part, d'être à l'écoute des pensionnaires en assurant une présence quotidienne et, d'autre part, de définir et organiser, conjointement avec les résidents, les temps d'activités collectives et de lien avec l'environnement extérieur (mairie, équipements publics, structures d'animation et de loisirs ainsi que le voisinage de la

---

<sup>51</sup> DRJSCS Pays de la Loire, octobre 2015, Les pensions de famille en Pays de la Loire : Étude régionale 2014. Cf. annexe n°6.

<sup>52</sup> *Idem*.

<sup>53</sup> *Idem*.

<sup>54</sup> Pour plus d'informations, cf. DRJSCS Pays de la Loire, octobre 2015, Les pensions de famille en Pays de la Loire : Étude régionale 2014.



pension, pour l'ouvrir au tissu social de proximité). Ils empêchent les résidents de s'isoler dans leur logement et ainsi de se replier sur eux-mêmes, risquant un retour vers la rue.

La dénomination des hôtes ne les satisfait pas, tout comme celle des dispositifs eux-mêmes<sup>55</sup>. L'emploi du terme « hôte » ou « maîtresse de maison » a largement fait débat pendant les entretiens menés ainsi que lors de la journée FNARS<sup>56</sup>. Ce terme rappelle les chambres d'hôtes où séjournent des vacanciers, ce qui est pratiquement antinomique avec la pension de famille. Ainsi, de nombreux hôtes préfèrent « accompagnement social » ou « coordinateur ». Néanmoins, il convient de souligner que les hôtes ne sont pas obligatoirement issus de formation sociale<sup>57</sup>. Certains s'insurgent d'ailleurs de la forte proportion de travailleurs sociaux exerçant le métier d'hôte. En effet, à l'origine, l'hôte devait assurer la logistique et les activités collectives de la pension et non réaliser un accompagnement individuel comme c'est le cas actuellement. Ce débat sur la dénomination ainsi que ce changement de fait d'appellation coïncide avec le glissement du rôle des hôtes<sup>58</sup>. Une majorité d'entre eux, en Pays de la Loire, détiennent une formation en travail social<sup>59</sup>. Il ressort également de l'enquête régionale que les hôtes exercent majoritairement en binôme et sont aidés par d'autres professionnels pour l'entretien, la veille de nuit, les tâches administratives. Très peu de bénévoles ont en revanche été déclarés par les hôtes. 87% des hôtes exerçant en pension de famille classique et 100% de ceux travaillant en résidence accueil n'avaient jamais eu une telle profession avant leur arrivée dans la pension. Enfin, il ressort des entretiens et de diverses sources de documentation<sup>60</sup> que les hôtes ressentent un besoin de reconnaissance auprès des partenaires. Le débat sur les dénominations précitées n'est pas anodin et est présent au quotidien. « *Il est difficile de se faire connaître auprès de partenaires, de travailler avec des professionnels de santé, de communiquer avec les acteurs institutionnels. Quand on parle d'hôte, les gens imaginent que nos structures sont des chambres d'hôte ou des auberges. Il faut à chaque fois expliquer que nous sommes travailleurs sociaux et qu'on ne fait pas que la cuisine pour nos résidents* » rapporte l'hôte d'une pension de famille classique de Loire-Atlantique.

---

<sup>55</sup> Cf. *supra*.

<sup>56</sup> Journée FNARS « pension de famille », 22 septembre 2015, Le Mans.

<sup>57</sup> MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITÉ, Circulaire DGAS/SDA n°2002/595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais.

<sup>58</sup> Cf. *infra* : 2.2.2.

<sup>59</sup> Cf. annexe n°7.

<sup>60</sup> FONDATION ABBÉ PIERRE, novembre 2014, La fonction et le rôle des hôtes des Pensions de famille, Les cahiers du logement, 36p.

DIRECTION RÉGIONALE DE LA JEUNESSE DU SPORT ET DE LA COHÉSION SOCIALE DU CENTRE, décembre 2013, Les résidents des pensions de famille/maison relais : Profils, parcours résidentiels et enjeux de l'accompagnement, étude réalisée avec le concours du CREAL et de l'ORS de la région Centre, 163p.

## 1.2 LA NÉCESSITÉ D'UNE ÉTUDE RÉGIONALE POUR ÉVALUER L'EFFECTIVITÉ DE LA CIRCULAIRE SUR LE TERRAIN

Il n'est pas opportun de proposer des modifications d'un système sans faire un état des lieux et un diagnostic précis de la situation. Aussi, une étude régionale quantitative et qualitative a été réalisée en Pays de la Loire<sup>61</sup>. Il s'agira de présenter les méthodes et objectifs de cette étude (1.2.1) puis de donner des indications sur le parc des pensions de famille de la région (1.2.2) et les profils des pensionnaires (1.2.3).

### 1.2.1 Méthodes et objectifs

#### A) Méthodes

Après une phase préalable de travail exploratoire et de recherches bibliographiques, la DRJSCS des Pays de la Loire a réalisé une enquête auprès des pensions de famille situées au sein de ses cinq départements.

L'enquête a été divisée en 2 temps. D'une part, une enquête quantitative a été réalisée grâce à la compilation des données issues d'un questionnaire envoyé le 11 juin 2015 aux 42 pensions de famille de la région, résidences accueil comprises. Ce questionnaire portait sur les différentes facettes de l'environnement d'une pension de famille, à savoir : le public et ses caractéristiques ; l'organisation et le fonctionnement de ce type d'établissement ; les logements et les aspects du bâti ; le rôle des hôtes et enfin, les problématiques sanitaires des résidents notamment concernant la fin de vie. D'autre part, cette partie quantitative a été complétée par une enquête qualitative, réalisée sous forme d'entretiens ou d'échanges avec les acteurs liés au dispositif<sup>62</sup>, à savoir : les services de l'État (échelons départementaux, régionaux, nationaux) ; les acteurs institutionnels (conseil départemental, ARS) ; les structures (gestionnaires, hôtes) ; certains SIAO, la FNARS. Elle a débuté fin août 2015 pour s'achever fin octobre 2015.

Une journée de restitution des premiers résultats à dix hôtes et gestionnaires de cinq pensions de famille a été organisée à l'initiative de la FNARS et a permis de discuter de manière plus approfondie des différents résultats de l'étude. Ces discussions ont permis de compléter l'analyse des résultats de l'étude globale.

Malgré les relances téléphoniques et par mail, le taux de réponse des questionnaires a été de 76%. 70% des pensions de famille classiques de la région ont répondu à l'enquête régionale, soit 23 structures sur 33 tandis que la totalité des résidences accueil a répondu, soit 9 établissements sur 9<sup>63</sup>.

---

<sup>61</sup> Les propos intégrés dans les paragraphes suivants sont issus pour une partie de l'étude régionale sur les pensions de famille en Pays de la Loire 2014 que j'ai rédigé durant mon stage d'exercice professionnel.

<sup>62</sup> Liste des entretiens en annexe n°1.

<sup>63</sup> Cf. annexe n°8.

## B) Objectifs

Cette étude a eu plusieurs objectifs. Tout d'abord, il s'agissait de faire le bilan, 13 ans après l'implantation des premières « maisons relais », de l'offre et des besoins sur le territoire régional. Le but était ainsi de réaliser une photographie actualisée des publics logés en pension de famille et ainsi, identifier les évolutions par rapport au cadre proposé par la réglementation. Il s'agissait donc d'évaluer l'adéquation entre la population effectivement accueillie et la population théorique visée par le dispositif. De plus, l'objectif recherché était de constater d'éventuelles disparités départementales à prendre en compte, notamment, en comité d'habilitation des pensions de famille. En somme, la DRJSCS a souhaité analyser les éventuels besoins non couverts du public logé en pension de famille. Enfin, l'objectif était de pouvoir comparer les résultats régionaux avec les résultats de l'étude nationale réalisée par le Cerema à la demande de la DGCS, la DIHAL et la DHUP en 2014<sup>64</sup>.

### **1.2.2 Le parc des pensions de famille en Pays de la Loire**

En termes de volume de l'offre, au 31 décembre 2014, le parc des pensions de famille des Pays de la Loire était de 651 places pour 42 structures : 33 pensions de famille classiques (soit 521 places) et 9 résidences accueil (soit 130 places)<sup>65</sup>. Les taux d'équipement sont ainsi satisfaisants pour la région avec 0.36 place de pension de famille classique pour 1000 personnes<sup>66</sup>. Si l'on compare le taux de capacité en places en région avec le niveau national, les Pays de la Loire représentent 4,64% de la capacité nationale (la France comptant 14 038 places au total).

Le taux d'évolution de la capacité des places en pension de famille en Pays de la Loire entre 2009 et 2014 est de + 70%. Par ailleurs, si on met en perspective les places d'hébergement d'urgence, de stabilisation et d'insertion avec les places de pensions de famille en Pays de la Loire, ces dernières représentent 21% de ce parc (en 2009, elles représentaient 19% du parc)<sup>67</sup>.

En termes géographiques, les places en pensions de famille, que ce soit les structures « classiques » ou les résidences accueil, sont bien réparties sur le territoire<sup>68</sup>. Il ressort néanmoins quelques besoins non couverts dans les DT 360°, réalisés dans la région en 2014, par exemple dans le Sud-Vendée. Pour pallier ces insuffisances, il est prévu de créer 15 nouvelles places à Fontenay Le Comte.

---

<sup>64</sup> CENTRE D'ÉTUDES ET D'EXPERTISE SUR LES RISQUES, L'ENVIRONNEMENT, LA MOBILITÉ ET L'AMÉNAGEMENT, 2014, Les pensions de famille et résidences-accueil : du modèle aux réalités d'aujourd'hui. Étude-bilan pour la DIHAL, la DGCS et la DHUP, 8 p.

<sup>65</sup> Cf. annexe n° 9.

<sup>66</sup> Cf. annexe n°10. Source : DRJSCS des Pays de la Loire – Enquête AHL.

<sup>67</sup> Cf. annexe n°11.

<sup>68</sup> Cf. annexe n°13.

Entre 2004 et 2014, 28 pensions de famille ont ouvert en Pays de la Loire sur les 40 totalisées à ce jour, soit un taux d'évolution de + 233%<sup>69</sup>. Cette évolution est liée à la mise en œuvre du programme « maisons relais » qui a commencé en 2004. À partir de 2005, la mise en œuvre de la loi de programmation pour la cohésion sociale va permettre une montée en charge du dispositif au plan national avec le financement de 4000 places supplémentaires d'ici à 2007 (à raison de 1000 places en 2005 et 1500 en 2006 et 2007).

### 1.2.3 Le profil des pensionnaires en Pays de la Loire

L'étude quantitative a permis d'avoir une vision fine des caractéristiques sociodémographiques du public présent dans les pensions de famille et résidences accueil en Pays de la Loire.

Ainsi, nous avons pu constater que la moyenne d'âge des résidents de pension de famille classique est plus importante qu'en résidence accueil. À ce titre, plus de la moitié du public accueilli en pension de famille classique a plus de 50 ans tandis que trois quarts du public des résidences accueil a entre 25 et 49 ans<sup>70</sup>.

Notons une disparité départementale avec un taux moins important de personnes de plus de 50 ans en Mayenne. En effet, ce territoire comporte autant de personnes ayant entre 25 et 49 ans que de personnes ayant entre 50 et 64 ans. Par ailleurs, en Vendée, deux pensionnaires âgés de moins de 16 ans ont été recensés. Ces enfants accompagnent leur mère, pensionnaire de la structure. La part des 16-24 ans serait à disséquer afin de savoir si d'autres mineurs accompagnent leurs parents, voire s'ils sont isolés.

Il faut également souligner qu'une pension de famille pour un public jeune a été créée à titre expérimental en 2013 à Nantes, portée par l'association 102 Gambetta. Cette dernière a la possibilité d'accueillir des mineurs. Ce projet, bien qu'il ne remplisse pas le critère de mixité du public du cahier des charges, est porté par les services de l'État tant au niveau local que national<sup>71</sup>.

La question de la composition familiale a d'ailleurs été posée dans l'étude. Ainsi, quel que soit le type de pension de famille, les hommes isolés sont majoritaires (environ  $\frac{3}{4}$  du public) avant les femmes isolées (environ  $\frac{1}{4}$ )<sup>72</sup>.

Pour ce qui est de la situation économique des pensionnaires, la grande majorité d'entre eux n'ont pas d'activité professionnelle<sup>73</sup>. Leurs ressources proviennent en majorité du revenu de solidarité active, d'une pension d'invalidité ou de l'allocation pour adultes handicapés.

---

<sup>69</sup> Cf. annexe n°14.

<sup>70</sup> Cf. annexe n°15

<sup>71</sup> Cette pension de famille a fait l'objet de la visite de S. NEUVILLE, secrétaire d'État chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion et de J.-P. VINQUANT, Directeur général de la cohésion sociale lors du comité de pilotage du plan pauvreté 7 octobre 2015.

<sup>72</sup> Pour plus de précisions, cf. DRJSCS Pays de la Loire, octobre 2015, Les pensions de famille en Pays de la Loire : Étude régionale 2014. et cf. annexe. 16.

<sup>73</sup> Cf. annexe n°17.

Par ailleurs, les situations antérieures sont diverses : structures d'hébergement, hôpital, logement autonome, prison, résidence sociale, etc. Quelques tendances peuvent être précisées. Concernant les résidences accueil, 28% de leurs résidents sortent d'une hospitalisation de plus de trois mois en hôpital psychiatrique et 21% habitaient auparavant dans le secteur privé. Les résidents de pensions de famille classiques viennent pour 23% d'une structure d'hébergement et pour 15% d'une hospitalisation de plus de trois mois, ce qui peut expliquer qu'une forte proportion des publics habitant en pension de famille classique est atteinte d'une pathologie mentale<sup>74</sup>.

### **1.3 LA MISE EN ÉVIDENCE DE PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ ET DE VIEILLISSEMENT DU PUBLIC LOGÉ EN PENSION DE FAMILLE EN PAYS DE LA LOIRE**

L'étude régionale quantitative a pointé une problématique rencontrée par toutes les pensions, celle de la prise en charge sanitaire et médico-sociale des résidents (1.3.1). Elle a été complétée par des entretiens avec une pluralité d'acteurs. Cette sous-partie nous permet de répondre au second postulat de départ selon lequel le public théorique ne serait pas tout à fait le public effectivement logé en pension de famille et qu'il aurait évolué par rapport au cadre réglementaire. Ainsi, outre les problématiques de santé, les situations de fins de vie en pension de famille posent de multiples interrogations (1.3.2). Devant des problèmes de telle ampleur, il apparaît que les hôtes se trouvent confrontés à des difficultés plurielles (1.3.3).

#### **1.3.1 La mise en exergue de problématiques de santé généralisées**

Il ressort de l'étude nationale et régionale que les principales difficultés auxquelles sont confrontés les hôtes et gestionnaires de ces structures sont les problématiques de santé et de vieillissement précoce. Elles sont prégnantes à chaque tournant de la vie de l'utilisateur : avant son arrivée, à son arrivée, pendant qu'il y vit et quand il en sort.

Les types de pathologie les plus courants sont les addictions, les troubles psychiques, les pathologies lourdes et invalidantes (cancers, syndrome de Korsakoff, troubles cardiovasculaires, etc.) et enfin les situations de vieillissement précoce<sup>75</sup>. 56% des résidents de pension de famille classique et 40% de ceux vivant en résidence accueil présentent des problématiques d'addiction. Le nombre de personnes présentant des troubles psychiques est logiquement plus important en résidence accueil qu'en pension de famille classique. Il reste néanmoins non négligeable en pension de famille classique (178 pensionnaires sur les 521 places ont été déclarés comme atteints de troubles psychiques reconnus lourds).

---

<sup>74</sup> Cf. annexe n°18 et cf. *infra* : 1.3.

<sup>75</sup> Cf. annexe n°19.

Les résultats de l'étude montrent que chaque résident présente au moins 2 problématiques simultanées<sup>76</sup>. « *L'intégralité de nos pensionnaires ont des problématiques de santé lourdes, et, la plupart du temps plurielles* » rapporte un hôte de pension de famille.

Plusieurs éléments mettent en exergue l'importance de la problématique santé dans les pensions de famille. Il apparaît notamment que les raisons de santé sont le premier motif de perte du logement antérieur. De même, la première cause de refus de demande d'accueil vient d'une maladie non stabilisée. Par ailleurs, les pensionnaires de résidence accueil sont, pour 49%, orientés par un établissement de santé (17% concernant les pensions de famille classiques), ce qui n'est pas sans poser la question du rôle du SIAO dans la gestion des places de pension de famille.

Selon l'étude régionale, 56% des pensions de famille classiques contre 17% en résidence accueil sont concernées par des addictions<sup>77</sup>. La plupart de ces structures ont d'ailleurs mis en place une ou des actions spécifiques, notamment des formations complémentaires pour les hôtes.

Concernant les troubles psychiques<sup>78</sup>, si les résidences accueil sont un type particulier de pension de famille dont le public est exclusivement constitué de personnes en situation de handicap psychique, les pensions de famille classiques sont également concernées (86%). Toutefois, on ne peut pas mesurer le degré de gravité des troubles<sup>79</sup>. Il n'est donc pas possible d'affirmer que les résidents des pensions de famille classiques présentent des troubles identiques au public des résidences accueil. Néanmoins, il ressort des entretiens obtenus avec des hôtes que les pathologies mentales des pensionnaires sont généralement graves (psychose, dépression sévère liée à un parcours d'errance), mais stabilisées (ce qui n'exclut pas les rechutes et épisodes de décompensation). Ces troubles engendrent des obstacles supplémentaires à la réinsertion dans la société. À ce titre, 86% des pensions de famille classiques ont mis en place des actions spécifiques.

Le vieillissement est également une problématique rencontrée couramment dans les pensions de famille classiques de la région. Cette situation n'est pas corrélative à la moyenne d'âge des résidents. En effet, seuls 6% des résidents de pension de famille classique ont plus de 65 ans alors que 17% des pensionnaires sont concernés par un vieillissement qui les amène à avoir besoin de soins et d'aide au quotidien. Les gestionnaires et hôtes auxquels j'ai eu l'occasion de restituer ces résultats se sont étonnés de ce résultat, considérant qu'il n'est

---

<sup>76</sup> 1,78 problèmes de santé en résidence accueil et 2,29 en pension de famille classique.

<sup>77</sup> Cf. annexe n°19.

<sup>78</sup> Cf. annexe n°19.

<sup>79</sup> Il faut distinguer deux types de troubles : les pathologies psychiques avérées de type psychose, troubles de la personnalité, syndromes dépressifs et les souffrances psychiques pour lesquelles l'expression est à mettre en relation avec les situations de précarité et d'exclusion vécues (source : Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, Commission « Violence et santé mentale », Anne Lovell, mars 2005.)

pas représentatif du taux de personnes dépendantes en pension de famille. 71% des pensions de famille classiques ont mis en place des actions sur le sujet contre 22% en résidence accueil. Tous les gestionnaires et hôtes de pension de famille classique interrogés sur la région ont mis en exergue la problématique du vieillissement prématuré de leurs résidents marquée par la présence de polypathologies lourdes. Ces situations nécessitent une aide pour accomplir les actes essentiels de la vie courante et une surveillance particulière. Les premiers signes de dépendance physique liés au vieillissement débutent la plupart du temps autour de 50 à 55 ans, ce qui ne coïncide pas avec l'âge moyen national de survenue de ces difficultés (78 ans pour les hommes ; 83 ans pour les femmes<sup>80</sup>). Cette précocité s'explique souvent par de longs parcours d'errance ou de rue des personnes qui avaient alors pour priorité le logement et l'alimentation et non leur santé. Par ailleurs, la prise constante d'alcool ou de drogues pendant un certain nombre d'années engendre des pathologies associées au vieillissement telles que le syndrome de Korsakoff qui entraîne des chutes et une dégénérescence neurologique (amnésie, désorientation temporo-spatiale, déni de la pathologie, apathie, émoussement émotionnel...) <sup>81</sup>.

Certaines actions sont menées par les structures, notamment en termes de partenariats avec des acteurs extérieurs (services d'aide à domicile, services infirmiers, équipes mobiles gérontopsychiatriques). Toutefois, très peu de liens sont tissés avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). L'insertion des pensionnaires trop dépendants dans ces structures semble, au regard des entretiens menés, très difficile et laborieuse. Les hôtes interviennent pour préparer le résident à sa réorientation, pour construire les dossiers vers les structures et pour échanger avec les professionnels de santé sur place. Les intervenants sociaux d'une pension de famille rapportent qu'il a fallu une vingtaine de dossiers vers différents EHPAD de la région pour pouvoir orienter un résident. Le département de la Loire-Atlantique est moins concerné par cette problématique puisque certaines pensions de famille travaillent avec la mission « Interface 44 » qui se fait intermédiaire entre les personnes dépendantes en situation d'exclusion et les établissements du département en vue d'une orientation efficace et pérenne<sup>82</sup>.

Enfin, au vu de l'accroissement de l'espérance de vie généralisé sur le territoire national et, par conséquent, de l'accroissement de l'âge des pensionnaires, les hôtes de pension de famille craignent une multiplication de la présence de personnes âgées dépendantes dans ces structures et donc, leur incapacité à assurer leur sécurité. C'est,

---

<sup>80</sup> Chiffres INSEE, 2011.

<sup>81</sup> Propos issues de l'étude régionale pension de famille en Pays de la Loire. DRJSCS Pays de la Loire, octobre 2015, Les pensions de famille en Pays de la Loire : Étude régionale 2014.

<sup>82</sup> Cf. infra : 2.3.2.

notamment, la raison pour laquelle, de plus en plus de ces professionnels envisagent de réaliser des formations sur la prise en charge du vieillissement prématuré<sup>83</sup>.

### **1.3.2 Les fins de vie en pension de famille, des temps difficiles posant de multiples problématiques**

Si aucun décès n'a été recensé en 2014 en résidence accueil, 52% des pensions de famille classiques ont été confrontées au décès d'au moins un de leurs résidents en 2014. 45% de ces décès ont eu lieu à l'hôpital et 55% au sein même de la pension de famille « classique ».

Il ressort de l'enquête qualitative que plusieurs pensionnaires, une fois installés dans la structure et le collectif, ont contracté des maladies graves telles que des cancers « *comme si leur corps se relâchait d'un coup* » nous rapporte un hôte. Ce constat a été déclaré à de nombreuses reprises par les hôtes de pension de famille classique, et notamment lors de la journée Pension de famille, organisée par la FNARS en septembre 2015.

Face à ces problématiques, 57% des pensions de famille et 100% des résidences accueil ont indiqué mettre en œuvre un soutien pour les autres résidents de la structure (groupes de parole). En revanche, un faible nombre de pensions indique avoir mis en œuvre des démarches pour aider les professionnels lors de ces périodes difficiles.

Enfin, les entretiens montrent que la gestion de la fin de vie ne s'arrête pas au décès de la personne, mais perdure après, avec la gestion des obsèques et/ou de la famille du pensionnaire, perdue de vue pour la plupart depuis longtemps. « *Les pensionnaires nous indiquent leurs dernières volontés, mais nous n'avons pas les leviers juridiques pour les faire appliquer* », rapporte un hôte. Le déménagement des affaires personnelles de la personne défunte et l'accueil rapide d'une nouvelle personne sont, selon les résidents interrogés et confirmés par les hôtes, des éléments de nature à déstabiliser le collectif. Le décès de leur camarade rappelle aux autres résidents leur propre isolement. « *Nous devons veiller tout particulièrement durant ces périodes à ce qu'ils ne se replient pas sur eux-mêmes* », déclare un hôte.

### **1.3.3 Les hôtes à l'épreuve des problématiques de santé de ses habitants**

La santé est la difficulté la plus prépondérante à laquelle les hôtes doivent faire face. Les pensions de famille n'ont pas été conçues dans l'optique d'accueillir des personnes gravement malades ou en situation de dépendance physique. Aujourd'hui, les hôtes se sentent souvent désœuvrés face à l'isolement des habitants qui n'ont parfois qu'eux pour les aider. Ils considèrent qu'ils n'ont ni la formation adaptée, ni les ressources pour faire face à la dépendance d'un de leurs résidents. Aussi, la coordination des rendez-vous médicaux, des allées et venues des équipes mobiles ou l'aide à la vie quotidienne les empêchent de se

---

<sup>83</sup> DRJSCS Pays de la Loire, octobre 2015, Les pensions de famille en Pays de la Loire : Étude régionale 2014.



consacrer pleinement à leurs tâches d'animation et d'interface vers l'extérieur<sup>84</sup>. Il semblerait que dans certaines pensions de famille classiques, l'accompagnement individuel prenne plus de place que l'accompagnement collectif. Ce glissement de tâche a été constaté dans plusieurs études régionales et certains rapports<sup>85</sup>.

Schématiquement, l'hôte a un rôle qui peut être scindé en trois temps concernant les problématiques sanitaires et médico-sociales. Premièrement, il doit amener la personne à prendre soin d'elle et à accepter une prise en charge médicale, à surmonter la peur du médecin. Deuxièmement, il l'accompagne quelques fois chez le praticien pour des rendez-vous auxquels il ne peut se rendre seul. Troisièmement, il mobilise les services médicaux nécessaires et construit une mise en réseau afin de garantir une continuité des soins pour tous les résidents.

Concernant la fin de vie, la perception des hôtes sur cette thématique leur a été demandée dans l'étude régionale<sup>86</sup>. Les résultats sont assez éloquents : 65% des hôtes de pension de famille classique considèrent qu'il existe un besoin de formation à l'accompagnement de la fin de vie et 42% d'entre eux disent considérer que les situations de fin de vie en pension de famille classique vont être de plus en plus fréquentes (47% ne se prononce pas)<sup>87</sup>.

Alternative pérenne et efficace à l'hébergement d'urgence, les pensions de famille sont rapidement montées en charge et sont toujours en développement. En effet, dans le cadre du plan triennal de réduction des nuitées hôtelières, le gouvernement souhaite augmenter l'offre de logements adaptés. Dans ce contexte, des études nationales et régionales se sont mises en place pour diagnostiquer les problématiques auxquelles sont confrontées les hôtes et gestionnaires. Il est alors apparu, tant en Pays de la Loire que sur le plan national, que la première des difficultés rencontrées concerne l'accès à la santé. À la croisée des politiques sanitaires et sociales, la question de l'accompagnement et de la prise en charge de la santé des personnes en situation de grande vulnérabilité interroge l'organisation des dispositifs spécialisés, leur pertinence et, pose plus largement, la question du cloisonnement des politiques sanitaires et sociales.

---

<sup>84</sup> Cf. supra : 1.1.3 C).

<sup>85</sup> Notamment : FONDATION ABBÉ PIERRE, novembre 2014, La fonction et le rôle des hôtes des Pensions de famille, Les cahiers du logement, 36p. ; LEMBO S., 2015, Les pensions de famille en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : bilan et perspectives, Promotion des Inspecteurs de l'action sanitaire et sociale 2013-2015, Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique, 72 p. ; DRJSCS PACA, octobre 2014, les pensions de famille en région PACA.

<sup>86</sup> Elle l'avait été également dans l'étude nationale :  OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA FIN DE VIE et CENTRE D'ÉTUDES ET D'EXPERTISE SUR LES RISQUES, L'ENVIRONNEMENT, LA MOBILITÉ ET L'AMÉNAGEMENT, 2014, Fin de vie en pensions de famille, Tableau de bord, 1 p.

<sup>87</sup> Cf. annexe n°20.

## **2 L'ACCOMPAGNEMENT ET LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIALE DES PERSONNES LOGÉES EN PENSION DE FAMILLE : DES DISPOSITIFS EN TENSION**

L'objectif de cette partie est de répondre à la deuxième hypothèse de cette étude qui suppose que l'accompagnement sanitaire et médico-social actuel des personnes logées en pension de famille est devenu moins adapté en raison de l'évolution de leur santé. Il s'agit de démontrer qu'il existe des dispositifs permettant d'accueillir des personnes en situation de grande vulnérabilité et qui nécessitent des soins. En effet, les lits halte soins santé (LHSS), les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), les lits d'accueil médicalisés (LAM) ou encore les appartements de coordination thérapeutiques (ACT) sont autant de dispositifs spécifiques pour les personnes en situation de précarité qui ne peuvent aller vers le droit commun. Pourtant, bien que certains soient présents en Pays de la Loire, inclus dans le PRAPS, le public logé en pension de famille semble ne pas ou peu y avoir accès (2.1).

Par ailleurs, la politique nationale, relayée par l'Agence régionale de santé (ARS) des Pays de la Loire est de maintenir à domicile les personnes vieillissantes ou souffrant de maladies chroniques. L'objectif est de mobiliser les établissements médico-sociaux uniquement pour les personnes dont les troubles sont trop importants pour rester à domicile. Les personnes pouvant être maintenues chez elles sont alors prises en charge par des équipes mobiles. Ainsi, il a été constaté qu'en pension de famille, de nombreux professionnels de santé se déplacent pour prodiguer des soins aux habitants. Toutefois, certaines problématiques subsistent : la coordination de ces professionnels, dont les rôles peuvent parfois se chevaucher ; le refus de déplacement de certains professionnels de santé dans les pensions de famille ; le degré de dépendance trop important de certains habitants qui deviennent trop lourds à accompagner pour les hôtes et le collectif (2.2).

Toutefois, malgré des besoins soulevés par les hôtes, il apparaît très difficile de (ré)orienter les habitants vers des structures médicosociales, en particulier vers les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Aussi, les pensions de famille se trouvent au confluent des problématiques de passage du secteur de la cohésion sociale vers le secteur médico-social de droit commun (2.3).

### **2.1 LES DISPOSITIFS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX ACCUEILLANT DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ NÉCESSITANT DES SOINS**

Parmi les dispositifs spécifiques aux problématiques de santé des personnes précaires, un type de pension de famille à part entière, la résidence accueil est une offre de logement, spécialisée pour l'accompagnement des personnes en situation de pauvreté qui font l'objet de troubles psychiques (2.1.1). D'autres structures médico-sociales sont spécialisées plus précisément dans la prise en charge des pathologies, quelles qu'elles

soient, mais sont soumises à une inadéquation entre le besoin et l'offre sur le territoire des Pays de la Loire (2.1.2). Enfin, la mise en place progressive des équipes mobiles de psychiatrie-précarité est une réelle avancée pour les pensionnaires atteints de maladies psychiques (2.1.3).

### **2.1.1 Les résidences accueil, des pensions de famille spécialisée permettant l'accompagnement dans le logement de personnes en situation de handicap psychique**

Les résidences accueil sont des structures expérimentées en 2006, suite au plan « Psychiatrie santé mentale 2005-2008 » faisant état du manque de solutions de logement pour les personnes souffrant de troubles psychiques ou, pour les plus handicapées d'entre elles, de solutions d'hébergement adaptées à leurs besoins. Les résidences accueil proposent une modalité de logement adapté, inspirée du fonctionnement des pensions de famille classiques, mais adaptées aux besoins spécifiques des personnes ayant un handicap psychique.

Elles paraissent, d'une part, efficaces (les psychiatres, au premier abord réticents, estiment finalement ces structures opérantes pour leurs patients) et d'autre part, efficaces compte tenu de la différence importante qu'il existe entre le prix d'une chambre d'hospitalisation et les 16 euros par jour et par place de résidence accueil. C'est la raison pour laquelle ces dispositifs ont subi une montée en charge importante dans le milieu des années 2000 suite à des appels à projets. Devant l'unanimité que faisaient ces logements adaptés, des associations plus ou moins éloignées des problématiques des troubles psychiques ont sollicité les DRJSCS et l'administration centrale afin d'adapter les résidences accueil à d'autres types de troubles tels que les cérébraux lésés. Si les Pays de la Loire ont fait le choix de s'en tenir à la réglementation et au cahier des charges, d'autres régions ont donné leur accord.

Fort de leur efficacité et de leur faible coût, ce type de pension de famille n'est plus en essor et actuellement, très peu de nouvelles résidences accueil voient le jour<sup>88</sup>. Pourtant, les ARS, et notamment, celle des Pays de la Loire, souhaiteraient que les DRJSCS accordent plus d'habilitations aux projets de nouvelles résidences accueil afin de faciliter les sorties d'hospitalisation psychiatrique. Faute de nouveaux financements pérennes et *ad hoc*, les pensions de famille quelles qu'elles soient ne voient le jour que par transformation de places d'hébergement et ainsi, il est difficilement envisageable de créer plus de résidences accueil. Mais est-ce que cela serait souhaitable ? Quand on interroge les usagers et les professionnels travaillant dans ces dispositifs, il est soulevé un bon nombre de difficultés.

---

<sup>88</sup> Entretien du 14 octobre 2015 à la DIHAL avec le chef de projet logement (DIHAL) et le chargé de mission Politique d'accès au logement – logement accompagné (DGCS).

En effet, les résidences accueil comportent un certain nombre de limites. Il ressort de l'étude régionale que le public de ces structures n'est pas systématiquement le public précaire, ciblé par les DRJSCS et DDCS(PP). Il semblerait que ces personnes ne cumulent pas systématiquement les critères de précarité et de handicap psychique, le deuxième étant prépondérant sur le premier. Les admissions se font d'ailleurs généralement directement via l'établissement de santé<sup>89</sup>. Encore peu de SIAO de la région font partie de la chaîne d'orientation de ces personnes, ce qui est révélateur. Aussi nous pouvons nous interroger sur l'orientation en résidence accueil du public précaire ayant des troubles psychiques mais ne sortant pas d'un hôpital psychiatrique. Dans les faits, ce public se retrouve en pension de famille classique, engendrant des difficultés d'accompagnement de la part de ces dispositifs. Il fait l'unanimité qu'il existe actuellement un besoin de logement adapté aux personnes ayant des troubles psychiques. En Pays de la Loire comme au niveau national, des réflexions sur ce besoin sont soulevées<sup>90</sup> et il est souvent conclu que les résidences accueil ne peuvent pas être l'ultime solution, mais qu'il faudrait une solution plus globale et un cofinancement à la hauteur des besoins. De surcroît, se surajoute la question de la place des personnes âgées ayant des troubles psychiques à l'heure où la santé mentale est une des priorités gouvernementales.

Ainsi, les résidences accueil sont plébiscitées par les hôpitaux psychiatriques et les ARS qui voient en elles une solution au problème de logement des personnes en situation de handicap psychique. En effet, l'hôte de la résidence constitue l'interlocuteur unique de l'hôpital, interface efficace entre la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social *a contrario* des pensions de famille classiques dont les résidents ont des pathologies tellement multiples et variées qu'il est difficile d'identifier le bon interlocuteur<sup>91</sup>. Néanmoins, « *cette efficacité semble (...) avoir un prix, celui d'une certaine « dépendance » vis-à-vis de l'hôpital qui exige, en retour de sa collaboration, une garantie de priorité, voire d'exclusivité dans les orientations des patients* »<sup>92</sup>. Ce constat national est identifié en Pays de la Loire, ce qui génère une absence presque totale de collaboration avec les psychiatres libéraux.

### **2.1.2 Des structures médico-sociales spécialisées dans la prise en charge des personnes en situation de grande vulnérabilité**

Les questions d'interaction entre exclusion sociale et accès aux soins ont émergé dans les années 80. Ces interrogations ont suscité une prise de conscience politique de lutter contre la précarité et l'inégalité d'accès aux soins. Dans cette perspective, deux principaux rapports ont été publiés : d'une part, le rapport « Grande pauvreté et précarité économique et

<sup>89</sup> DRJSCS Pays de la Loire, octobre 2015, Les pensions de famille en Pays de la Loire : Étude régionale 2014.

<sup>90</sup> C'est le cas de partenaires rencontrés : conseil départemental du Maine-Et-Loire ; questionnaires UNAF0 ; DIHAL (appel à projet).

<sup>91</sup> DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COHÉSION SOCIALE, mars 2010, Évaluation des expérimentations : résidence accueil et maison relais pension de famille pour personnes vieillissantes, Rapport final incluant les recommandations, 116 p.

<sup>92</sup> *Idem*.

sociale » est présenté le 28 février 1987 par le père Joseph WRESINSKI<sup>93</sup>, fondateur d'ATD Quart Monde, au Conseil économique et social. La santé y est citée comme un élément crucial de la lutte contre l'exclusion sociale. D'autre part, le rapport REVOL-STROHL, publié la même année, succède à un groupe de travail dédié à la santé des personnes démunies. Par ailleurs, consécutivement à ces réflexions, le Haut comité de la santé publique rend un nouveau rapport en 1994 : « La santé en France », qui met en lumière les inégalités sociales en matière de santé.

Sur un plan financier, ces réflexions ont abouti à la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) ainsi que la CMU complémentaire (CMU-C) et l'aide médicale d'État (AME). Par ailleurs, devant les difficultés des dispositifs de droit commun à prendre en charge la santé des personnes en situation de grande vulnérabilité, des structures spécifiques ont vu le jour, pilotées par le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). L'objectif de ce programme est d'améliorer « *les réponses du système de santé aux besoins des populations les plus démunies et leur état de santé. Après une analyse des difficultés d'accès à la prévention et aux soins des personnes menée au niveau départemental, le PRAPS fixe les actions prioritaires et détermine les modalités de leur mise en œuvre* »<sup>94</sup>.

Le comité interministériel de lutte contre les exclusions du 6 juillet 2004 a décidé de « *développer les possibilités de dispenser des soins aux personnes sans domicile fixe* » et indiquait comme l'une des modalités de cette mesure « *de donner un statut juridique et financier aux structures halte santé, de définir un cahier des charges de mise en œuvre et de fonctionnement* »<sup>95</sup>. Dans cette perspective, les « lits halte soins santé » (LHSS) ont été créés en 2006. Ils sont chargés d'offrir une prise en charge médico-sociale aux personnes sans domicile dont l'état de santé n'est pas compatible avec une vie à la rue, sans toutefois nécessiter une hospitalisation. Puis, les années suivantes, d'autres dispositifs ont été légiférés : en 1998, les PASS sont créés<sup>96</sup>, visant à faciliter l'accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. En 2002, les ACT deviennent des institutions médico-sociales après 9 ans d'expérimentation. Ils proposent à ce titre, un hébergement « *à titre temporaire pour des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, l'observance des traitements et à permettre un*

---

<sup>93</sup> WRESINSKI J., février 1987, *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, rapport présenté au nom du Conseil économique et social.

<sup>94</sup> RAYSSIGUIER Y., JEGU J., LAFOURCADE M., 2012, *Politiques sociales et de santé : comprendre et agir*, Presses de l'EHESP, 672 p.

<sup>95</sup> MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE, arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité.

<sup>96</sup> MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITÉ, Circulaire DH/AF1 n° 05960 du 25 mai 1999 relative à la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

*accompagnement psychologique et une aide à l'insertion* »<sup>97</sup>. Finalement, en 2009, les LAM ont été développés suite à l'évaluation des LHSS et se situent donc dans le prolongement de leurs actions médico-sociales. En effet, avant leur création, trois inquiétudes avaient été soulevées<sup>98</sup> : d'abord, l'âge des bénéficiaires qui était de plus de 60 ans pour 15,70% des personnes accueillies (elles auraient alors pu prétendre à une place en EHPAD). Ensuite, les pathologies semblaient être, pour environ un tiers des personnes accueillies, de longue durée alors que ce n'est pas l'objet des LHSS. Enfin, la faible orientation vers l'hébergement avait interpellé puisque seulement 16,94% des personnes sortant des LHSS étaient orientés vers un lieu d'hébergement. Pour 34% des personnes, elles retournaient vivre dans la rue. À ce titre, il a été constaté qu'il manquait un dispositif destiné à la prise en charge des pathologies chroniques et de longue durée. Les LAM ont donc été expérimentés en 2009 destinés aux personnes sans domicile et qui ne peuvent prétendre à une prise en charge adaptée dans une structure de droit commun. Ils les accueillent sur des durées de séjour adaptées à la situation sanitaire et sociale de la personne. Bien qu'elles soient destinées aux personnes sans domicile, ces structures peuvent être, à l'instar des LHSS, ouvertes également aux pensionnaires de pension de famille.

Les Pays de la Loire ont assez peu de ces dispositifs et ces derniers sont répartis de manière hétérogène sur le territoire. En 2015, 17 PASS<sup>99</sup> sont recensées dont 2 spécialisées en psychiatrie<sup>100</sup> ; 4 LHSS pour 34 lits<sup>101</sup> ; 4 structures d'ACT soit 48 places ; 2 expérimentations d'appartement-relais santé financées par les services de cohésion sociale, équivalent proche de ce que sont les ACT en Vendée et aucun LAM n'a été mis en place, faute d'accord entre professionnels du social sur le besoin de ce dispositif.

L'évaluation intermédiaire du projet régional de santé (PRS) – santé des populations en grande vulnérabilité<sup>102</sup> souligne des besoins globaux en nouvelles structures médico-sociales et pointe les difficultés des LHSS. Corrélativement à l'évaluation nationale des LHSS financée par la DGCS en 2012<sup>103</sup>, ceux situés en Pays de la Loire accueillent un grand nombre de personnes vieillissantes relevant notamment d'un EHPAD, expliquant l'allongement de la durée moyenne de séjour. Ils accueillent également un nombre plus important de migrants que la moyenne nationale. L'activité des LHSS semble efficace à l'entrée et au cours du séjour de la personne, mais faillit à la sortie des usagers. L'orientation vers un ACT serait la plupart du temps pertinente, mais le très faible nombre de places

---

<sup>97</sup> MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITÉ, circulaire DGS (SD6/A)/DGAS/DSS n° 2002-551 du 30 octobre 2002 relative aux appartements de coordination thérapeutique (ACT).

<sup>98</sup> <https://www.cnle.gouv.fr/Les-Lits-d-accueil-medicalises-LAM.html>

<sup>99</sup> Cf. annexe n°22.

<sup>100</sup> À Nantes et Le Mans.

<sup>101</sup> En France, en 2013, 1171 places étaient dénombrées en France, dont 2,9% en Pays de la Loire.

<sup>102</sup> ARS Pays de la Loire, BOULE J-P, BRUN X., juin 2014, Politique régionale en faveur de la santé des populations en grande vulnérabilité. Évaluation intermédiaire du projet régional de santé des Pays de la Loire 2012-2016.

<sup>103</sup> DGCS, 12 février 2013, Évaluation des dispositifs LHSS.

existantes sur le territoire engendre des situations de blocages<sup>104</sup>. Les LHSS sont occupés très régulièrement par une population extrêmement marginale atteinte de pathologies chroniques « de pronostic sombre »<sup>105</sup> qu'aucune structure médico-sociale de long séjour, de droit commun ne prend en charge (public trop marginalisé, désocialisé).

Ainsi, il existe une pluralité de structures médico-sociales destinées aux personnes en situation de grande vulnérabilité comme le sont les résidents de pension de famille. Toutefois, face à la diversité des besoins, des publics et des dispositifs, des blocages se forment. On peut s'interroger sur l'opportunité de créer des places supplémentaires de ces structures, avec un pilotage plus approfondi entre l'ARS et la DRJSCS ainsi que sur la pertinence de créer des LAM<sup>106</sup>. Il ressort de l'enquête régionale sur les pensions de famille en Pays de la Loire que peu de pensionnaires ont recours aux dispositifs santé-social de la région, le maintien à domicile entouré de professionnels libéraux restant presque toujours préféré.

### **2.1.3 La mise en place du dispositif d'équipes mobiles de psychiatrie-précarité**

La circulaire du 23 novembre 2005 définit les principes d'une meilleure prise en compte des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Elle établit un cahier des charges pour la création d'équipes mobiles de psychiatrie-précarité (EMPP), intégrées dans un dispositif coordonné et global. Ces équipes n'ont pas vocation à se substituer aux missions de droit commun des équipes de psychiatrie publique dans le champ de la prévention, du diagnostic, du soin, de la réinsertion et de la réadaptation. Elles ont pour mission, d'une part, d'aller au-devant des personnes en situation de grande précarité, quel que soit le lieu où leurs besoins sont repérés (populations précarisées dans un quartier, accueillies en institutions sociales, grands désocialisés, publics jeunes ou adultes, pathologies mentales avérées ou non, à la rue...), afin de « *faciliter la prévention, le repérage précoce et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire* »<sup>107</sup>. D'autre part, les EMPP doivent assurer une « *fonction d'interface* » entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires et sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion. L'objectif est de faciliter les prises en charge coordonnées autour d'un projet sanitaire et social pour les personnes en situation de précarité.

En termes d'organisation, chaque EMPP est une unité intersectorielle intervenant sur son territoire de rattachement. En Pays de la Loire, il existe trois équipes réparties sur trois départements (72, 44, 49). Une association régionale des EMPP a été créée pour apporter

<sup>104</sup> ARS Pays de la Loire, BOULE J-P, BRUN X., *op.cit.*

<sup>105</sup> Notamment : psychose, schizophrénie, cancers évolués, Alzheimer, Korsakoff

<sup>106</sup> Cf. *infra* : 3.2.4.

<sup>107</sup> MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITÉ, circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

plus de lisibilité et de cohérence aux actions. La DRJSCS subventionne ces EMPP afin qu'elles pilotent certaines actions pour les établissements d'hébergement et de logement aux côtés des travailleurs sociaux, hôtes de pension de famille, équipe de psychiatrie de secteur. Elles animent ainsi des réunions pour former les professionnels précités à l'accompagnement des usagers. L'objectif de ces équipes est non seulement de former sur la prise en charge psychiatrique, mais également, de permettre la création d'un réseau de coopération, des moments d'échange entre professionnels pluridisciplinaires. En cela, les EMPP sont complémentaires des centres médicopsychologiques (CMP).

Nonobstant les EMPP, il est constaté que l'accès à la psychiatrie est souvent difficile pour les personnes logées en pension de famille. La prévalence importante des troubles psychiques dans ces structures implique des besoins en consultations spécialisées qui nécessitent parfois plus que les compétences du CMP. De plus, elles sont confrontées aux hospitalisations de plus en plus courtes en psychiatrie, ce qui engendre des allers-retours réguliers entre la pension et l'hôpital et par conséquent, ce qui aboutit à des ruptures de traitement fréquentes. Si les EMPP sont des « *outils facilement mobilisables pour établir un lien entre le secteur sanitaire psychiatrique et le secteur social* »<sup>108</sup>, elles sont, en Pays de la Loire, insuffisamment déployées sur le territoire puisque deux départements n'en disposent pas<sup>109</sup>.

## 2.2 LA DÉPENDANCE ET LA MALADIE EN PENSION DE FAMILLE : MAINTIEN À DOMICILE OU INSTITUTIONNALISATION ?

En Pays de la Loire, la politique définie pour toute personne – en situation de précarité ou non – dépendante ou dont la maladie nécessite un suivi est celle du maintien à domicile (2.2.1). Si nous ne pouvons pas regretter un tel choix pour le confort et le bien-être des concitoyens, cette voie s'avère plus difficile en pension de famille en raison d'un manque visible de coordination des professionnels de santé entourant les résidents (2.2.2). Toutefois, il n'est pas souhaitable de chercher à établir une politique inverse pour ce public particulier. En effet, il s'agit de trouver un équilibre entre la liberté des résidents qui souhaitent rarement une « réinstitutionnalisation » — en EHPAD notamment — et la sécurité des usagers qui peuvent être en danger seul dans un logement (2.2.3).

---

<sup>108</sup> ARS Pays de la Loire, BOULE J-P, BRUN X., juin 2014, Politique régionale en faveur de la santé des populations en grande vulnérabilité. Évaluation intermédiaire du projet régional de santé des Pays de la Loire 2012-2016.

<sup>109</sup> Cf. *infra* 3.2.



## 2.2.1 Le maintien à domicile, une politique portée par l'ARS Pays de la Loire

Le troisième volet de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement<sup>110</sup>, en son premier paragraphe pose comme priorité le maintien à domicile en réformant l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) à domicile, en confortant la refondation du secteur de l'aide à domicile ou encore notamment, en soutenant les aidants. Le maintien à domicile consiste, « *du fait d'une dégradation de l'état de santé ou d'une situation de handicap, à mettre en place des dispositifs indispensables pour permettre à cette dernière de vivre à son domicile* »<sup>111</sup>.

Consécutivement à ces orientations nationales, l'ARS Pays de la Loire a établi une politique de promotion du maintien à domicile. Ainsi, les établissements médico-sociaux sont réservés aux situations les plus lourdes et le maintien à domicile est toujours privilégié avec une coordination du parcours de l'usager autour d'équipes mobiles pluridisciplinaires. Compte tenu des contraintes financières et des dispositifs sanitaires spécialisés dans la prise en charge des personnes précaires, l'ARS Pays de la Loire n'a pas pour priorité d'expérimenter des structures spécifiques supplémentaires. L'objectif de cette politique est de permettre l'intégration des publics marginalisés vers des dispositifs de droit commun quand cela est nécessaire, avec la mise en place de seuils adaptés imposés dans certaines structures. Pour les situations plus légères, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), services d'aide à domicile, équipes mobiles en addictologie, etc. doivent se déplacer vers la pension de famille. Le but est de suivre le raisonnement de linéarité de parcours tel qu'envisagé par le rapport de D. PIVETEAU « Zéro sans solution : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches »<sup>112</sup>.

Pourtant, il ressort des entretiens avec les hôtes et les résidents que le maintien à domicile est particulièrement difficile dans les pensions de famille. En effet, les équipes mobiles « généralistes », comme les établissements de droit commun<sup>113</sup>, ne sont pas habituées à un public marginalisé, aux difficultés addictives et psychiques particulièrement lourdes<sup>114</sup>. La prise en charge de ces publics n'est donc pas toujours optimisée et leur parcours de santé est alors entaché de multiples ruptures. Il est également ressorti des échanges qu'en l'absence des professionnels de santé, les hôtes, qui ne sont pas formés à l'accompagnement des problèmes de santé, se sentent démunis. Par ailleurs, la coordination des multiples acteurs entourant le résident est souvent difficile, voire défailante<sup>115</sup>.

---

<sup>110</sup> LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

<sup>111</sup> MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTE PUBLIQUE, 2012, Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes : une politique complexe et ambiguë.

<sup>112</sup> PIVETEAU D., juin 2014, « Zéro sans solution : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches », remis à M. TOURAINE, 96 p.

<sup>113</sup> Cf. *infra*, 2.3.

<sup>114</sup> Cf. *supra*, 2.3.1.

<sup>115</sup> Cf. *infra*, 2.2.2.

## 2.2.2 Le constat d'un manque de coordination des professionnels de santé autour des personnes logées en pension de famille

### A) Un manque de coordination du parcours de soins des pensionnaires

Face à la variété des situations, les hôtes sont obligés de s'entourer de nombreux acteurs issus des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires. L'étude régionale sur les pensions de famille a mis en exergue trois grandes difficultés : d'abord, celles tenant à l'accompagnement social des pensionnaires ; ensuite, les difficultés externes à la pension de famille et enfin celles internes à la structure.

D'abord, la plupart des pensionnaires disposent, soit d'un référent social, soit d'un mandataire à la protection des majeurs. Pour autant, ces professionnels les aident principalement aux tâches administratives et s'impliquent rarement dans la coordination de leur parcours de santé. Selon certains hôtes, les usagers, comme les professionnels ont tendance à « *se reposer sur eux* »<sup>116</sup>. L'évaluation intermédiaire du PRS des Pays de la Loire 2012-2016 portant sur la politique régionale en faveur de la santé des populations en grande vulnérable corrobore le constat selon lequel les travailleurs sociaux sont « *très fréquemment les référents aidant les usagers à coordonner les réponses sociales et de santé* »<sup>117</sup>.

Ensuite, la mobilisation des médecins libéraux est souvent difficile pour l'utilisateur comme pour l'hôte. Plusieurs raisons ont été soulevées par les pensionnaires et les professionnels des pensions de famille. D'une part, les médecins ne sont pas habitués à des publics en situation d'exclusion sociale lourde qui ont des pathologies très spécifiques liées à leur parcours de vie, qui ne sont pas toujours assidus à leurs rendez-vous, et qui ne sont pas toujours proactifs dans leur la gestion de leur santé. D'autre part, les professionnels libéraux ne connaissent pas le dispositif « pension de famille » et s'avèrent réfractaires à l'idée que les hôtes accompagnent les personnes (qui, dépendantes, ne peuvent s'y rendre seules, se déshabiller, signer un chèque, etc.).

Enfin, d'un côté, la multiplicité des services à domicile et des équipes mobiles rend complexe leur coordination. En effet, la pluralité des dispositifs complexifie leur lisibilité pour les hôtes qui ne sont pas formés sur ce point. D'un autre côté, les transmissions et les échanges entre professionnels sont rares et les réflexions pluridisciplinaires sur le parcours des usagers sont pratiquement inexistantes. Par conséquent, à l'exception des pensions de famille disposant d'une infirmière propre par l'intermédiaire de l'association qui les porte, la coordination du parcours de santé des pensionnaires est insuffisante. Il apparaît clairement qu'il existe de grandes difficultés des hôtes à communiquer avec cette pluralité d'acteurs du système de santé, pourtant essentielle au bien-être des résidents. Cette problématique

<sup>116</sup> Journée FNARS « pension de famille », 22 septembre 2015, Le Mans.

<sup>117</sup> Cf. annexe n°15 et 16 (étude SOLEN réalisée par l'ARS) de : ARS Pays de la Loire, BOULE J-P, BRUN X., juin 2014, Politique régionale en faveur de la santé des populations en grande vulnérabilité. Évaluation intermédiaire du projet régional de santé des Pays de la Loire 2012-2016.

« d'incompréhension mutuelle des différents acteurs de la prise en charge »<sup>118</sup> cristallise même parfois des conflits bien qu'elle soit souvent « consciente »<sup>119</sup>.

En effet, plusieurs causes engendrent ces dysfonctionnements. Les professionnels de santé ne connaissent pas le métier d'hôte. Ils ont tendance à croire qu'ils ne font que « *la cuisine et le ménage des parties communes* »<sup>120</sup> et ne savent pas que ce sont pour la grande majorité des travailleurs sociaux. De plus, ils ne « *parlent pas la même langue* »<sup>121</sup> tant la culture et les pratiques professionnelles sont distinctes entre professionnels de santé et travailleurs sociaux. « *Nous parlons souvent de la même chose, mais le fait de ne pas employer les mêmes mots nous amène à l'incompréhension mutuelle et au conflit* », rapporte un hôte alors qu'un autre précise « *Parfois, l'infirmière ou le CMP me disent que le résident a telle pathologie que je ne connais pas et qu'il faut donc que je prenne les mesures adaptées* ».

En outre, la problématique du secret médical et du secret partagé est l'une des difficultés majeures des hôtes au quotidien. Cette question est soulevée dans tous les pans de l'accompagnement social<sup>122</sup>. En pension de famille, les hôtes peuvent être amenés à assister aux consultations médicales ou à échanger à l'occasion de points de bilan. Les professionnels de santé ont alors des réactions ambivalentes : d'un côté, l'hôte est pour eux un précieux allié qui observe le patient au quotidien et à qui l'on a confié bien plus d'éléments sur son état de santé qu'au médecin ; d'un autre, les médecins en particulier, sont attachés plus que jamais à leurs obligations déontologiques et au secret médical au sens le plus strict du terme. Or, la coopération et le partenariat, nécessaires à la bonne coordination du parcours de santé des résidents, ne peuvent se faire sans partage d'information.

Fort de ce constat, la DRJSCS des Pays de la Loire s'efforce de prendre en considération des facteurs destinés à faciliter l'accès aux soins, notamment le choix de l'implantation du quartier et l'accès aux transports en commun, les partenariats potentiellement en projet ou déjà établis avec des acteurs de l'offre de soin (formalisées sous forme de convention) ou encore l'obligation de chaque résident à avoir un médecin référent. Si ces éléments ne sont pas des critères en tant que tels, ils sont des indices afin de décider de l'habilitation ou non d'une résidence sociale en pension de famille. Ils sont issus de l'histoire des pensions de famille dans la région. Il a par exemple été constaté que des structures cherchaient à déménager pour se rapprocher de zones urbaines mieux dotées en voies de communication et en professionnels de santé.

---

<sup>118</sup> REDAELLI M., mars 2015, Publics hébergés atteints de troubles psychiques sur l'arrondissement de Lille : quelles coordinations pour quels parcours ?, Promotion des IASS 2013-2015, Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique.

<sup>119</sup> *Idem.*

<sup>120</sup> Entretien un hôte.

<sup>121</sup> *Idem*

<sup>122</sup> Lors du comité de pilotage du plan pauvreté le 7 octobre 2015 en présence de S. NEUVILLE, secrétaire d'État chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion et de J.-P. VINQUANT, Directeur général de la cohésion sociale.

De plus, l'action n°6 du PRAPS des Pays de la Loire a pour objectif de renforcer la coordination des institutions et développer les capacités des intervenants pour repérer les personnes en situation de précarité. En effet, les interactions des politiques et des acteurs nécessitent d'établir des partenariats entre institutions comme entre opérateurs. Le travail de l'ARS et de la DRJSCS des Pays de la Loire est de proposer aux publics des solutions interinstitutionnelles globales et concordantes, de promouvoir l'approche psychosociale auprès des acteurs du système de santé ou encore de renforcer ce système de santé dans sa capacité à prendre en compte les problèmes inhérents à la précarité. C'est dans ce cadre que des infirmières ont été financées à titre expérimental par l'ARS au sein des SIAO afin de repérer le plus précocement possible les besoins en santé de certaines personnes précaires. Toutefois, il convient de souligner que ce financement est mis en suspens par l'ARS de la région.

B) L'hôte, nouveau coordinateur par défaut du parcours de soins des personnes

Il ne s'agit pas de chercher une solution à cette carence de coordination, mais de s'interroger sur l'acteur qui pourrait le mieux à même d'exercer cette fonction. Comme indiqué précédemment<sup>123</sup>, le rôle de l'hôte défini dans la circulaire du 10 décembre 2002 est d'être une interface entre le collectif de la pension de famille et l'extérieur, tout en étant, le cas échéant, à l'écoute de chaque cas individuel. Pourtant, il ressort des entretiens avec les hôtes que cette mission est de moins en moins remplie. En effet, les problématiques individuelles et les sollicitations qui en résultent ont pris le pas sur ce rôle d'animation du collectif. Il résulte qu'un grand nombre d'hôtes sont issus du travail social et qu'ils sont devenus progressivement et tacitement des référents sociaux au quotidien, voire des coordonnateurs de parcours de soins qui ne portent pas leur nom.

Il s'agit de se demander en quoi cette fonction de fait est problématique. Tout d'abord, il y a un risque de glissement de tâche. Cette mission n'est pas celle indiquée par la circulaire (l'hôte passe alors d'interface entre le collectif et l'extérieur à interface entre l'individu et l'extérieur). Le niveau national souhaite conserver cette notion d'hôte qui n'est pas là pour faire du travail social (sinon en quoi différencier les pensions de famille des CHRS ?)<sup>124</sup>. Selon la référente sur le logement adapté de la DIHAL, le public a évolué et n'est pas celui qui devrait être présent en pension de famille, c'est pourquoi il souffre de problématiques inadaptées à ces structures.

Ensuite, avec en moyenne 2 équivalents temps plein (ETP) par pension de famille, il est difficile pour les hôtes de coordonner des parcours avec aussi peu de moyens, car cela affaiblit le collectif qu'ils n'auraient pas le temps d'animer. Aussi il est politiquement très difficile de décider

---

<sup>123</sup> Cf. *supra* : 1.1.3.

<sup>124</sup> Entretien du 14 octobre 2015 à la DIHAL avec la chef de projet logement (DIHAL) et le chargé de mission Politique d'accès au logement – logement accompagné (DGCS).

que les hôtes seraient les nouveaux coordinateurs des parcours de soin parce que l'impact en termes financier serait trop important au regard de la conjoncture économique des fonds publics.

En outre, les hôtes, qui sont très majoritairement travailleurs sociaux dans les pensions de famille des Pays de la Loire, n'ont pas de formation adaptée à la coordination d'un parcours de santé. Certains craignent d'ailleurs pour leur responsabilité personnelle en orientant parfois les personnes vers un dispositif non adapté ou en prenant une mauvaise décision les concernant<sup>125</sup>.

Malgré tout, l'hôte paraît être l'acteur le plus adéquat pour coordonner le parcours de soin des pensionnaires. Tout d'abord, en l'état actuel des choses, l'hôte exerce déjà cette tâche avec sérieux et pourrait, avec l'aide de quelques mesures réalistes, le faire avec plus d'efficacité. Ensuite, il est « *l'oreille attentive qui écoute et est présente aux côtés du résident chaque jour, comme le serait un enfant pour son parent* »<sup>126</sup>. L'hôte connaît chaque résident qu'il côtoie la plupart du temps depuis des années, il a pu observer son évolution. De plus, les résidents se livrent davantage aux hôtes qu'aux médecins en qui ils n'ont pas toujours confiance. « *Le travail social prend du temps pour avancer, ce qui est impossible pour les professionnels de santé* »<sup>127</sup>.

### **2.2.3 Un équilibre difficile entre liberté de vivre dans son logement et sécurité des personnes**

La difficulté qui se pose tant pour les gestionnaires, hôtes ou travailleurs sociaux que pour les services de l'État est de trouver un équilibre entre l'institutionnalisation des résidents dont les problèmes de santé et de vieillissement ne coïncident plus avec le « bien-vivre ensemble » nécessaire et la liberté et le droit de tout individu de rester dans son propre logement quelle que soit sa situation.

En effet, l'intégration dans un établissement médico-social ou un établissement de santé rappelle aux résidents leur parcours d'errance, d'hébergement, d'instabilité qu'ils ont vécu pour une grande partie en passant d'un CHRS à un autre. À ces douloureux souvenirs, s'ajoute une défiance envers le corps médical qui ne facilite pas les orientations vers ces structures. Aussi, chaque résident malade est libre de choisir son lieu de vie et ainsi, de refuser d'être hospitalisé ou admis dans une structure médico-sociale. Les pensionnaires le sont particulièrement en pension de famille dans la mesure où ils sont dans leur propre logement et non dans une structure d'hébergement. « *Certains pensionnaires préfèrent mourir précocement dans la pension de famille que de se faire hospitaliser. Ils savent que nous sommes là et qu'au final, nous ferons notre possible pour les soigner à domicile, quitte à ce que cela nous épuise. Ils sont rassurés à l'idée qu'ils mourront à nos côtés et non, seuls*

---

<sup>125</sup> Exemple d'un hôte qui a choisi de faire hospitaliser un résident contre sa volonté parce que ce dernier paraissait en danger seul dans son logement.

<sup>126</sup> Entretien avec un hôte.

<sup>127</sup> *Idem.*

*dans des murs d'hôpital* »<sup>128</sup>. Toutefois, cela engendre de potentielles altérations de la sécurité à la fois du résident qui ne se trouve pas dans un lieu adapté à son état de dépendance ; des hôtes qui doivent les accompagner, les aider au quotidien avec les services d'aide à domicile et des autres résidents dont le collectif est souvent affecté par la détérioration de l'état de santé d'un membre.

À cet égard, il est important que les pouvoirs publics prennent en compte cette difficulté supplémentaire. Pour ce faire, recueillir les expériences et la parole des personnes en situation de précarité pour les associer à la conception des actions et des programmes est un axe majeur du PRAPS des Pays de la Loire<sup>129</sup>. Dans ce cadre, le « comité consultatif régional des personnes accueillies en Pays de la Loire » (CCRPA), est organisé régulièrement par l'union régionale interfédérale des œuvres privées sanitaires et sociales (URIOPSS) sur des thèmes choisis par des représentants de personnes accueillies en comité de pilotage chaque trimestre auquel participe la DRJSCS. Le CCRPA du mois d'octobre était d'ailleurs consacré à la santé des personnes dans les structures d'hébergement et de logement adapté. Garantir la parole de l'usager permet de mettre la personne au cœur de la réflexion des pouvoirs publics et de l'adapter aux données chiffrées. En effet, ce sont les dispositifs d'accompagnement et de prise en charge qui doivent être en mesure de s'ajuster aux publics et non l'inverse. Ainsi, associer les personnes et les conforter dans leur rôle d'acteur implique une écoute vigilante des attentes afin de définir les actions et les approches les mieux appropriées aux situations et au contexte psychosocial. On constate aujourd'hui une carence de l'État à adapter systématiquement les dispositifs existants de représentation et d'écoute à des personnes en situation de précarité.

Par conséquent, pouvoirs publics, gestionnaires et hôtes doivent s'interroger au quotidien sur cette frontière délicate et inhérente au parcours de chaque résident. Ils sont confrontés aux questions suivantes : jusqu'où peut aller le maintien à domicile ? À partir de quel moment peut-on contraindre les habitants à quitter le logement de la pension de famille ? Ces interrogations ne peuvent trouver réponse que si des solutions d'orientation sont à disposition tant du pensionnaire que des hôtes. Pourtant, intégrer la personne dans un autre dispositif, notamment médico-social afin de prendre en charge sa dépendance, particulièrement dans les cas de vieillissement précoce, est particulièrement complexe tant les places sont rares et l'accompagnement difficile.

---

<sup>128</sup> Entretien avec un hôte de pension de famille.

<sup>129</sup> Action n°1 du PRAPS des Pays de la Loire.

## 2.3 DES PASSERELLES DIFFICILES DES USAGERS ENTRE LE SECTEUR DE LA COHÉSION SOCIALE ET LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL DES PERSONNES DÉPENDANTES

Lorsqu'une solution d'orientation est identifiée pour le pensionnaire, de nouvelles difficultés naissent pour concrétiser cette issue. Tout d'abord, il a largement été constaté des obstacles pour intégrer les pensionnaires dans des EHPAD (2.3.1). C'est pourquoi le dispositif « Interface 44 » a été créé en Loire-Atlantique pour pallier ces freins (2.3.2). Toutefois, il s'avère insuffisant au vu de la demande importante qui existe dans les structures d'hébergement et de logement accompagné, d'où la réflexion sur la conception d'un EHPAD spécialisé pour les personnes précaires pour les cas complexes (2.3.3).

### 2.3.1 **Le constat de difficultés pour intégrer les pensionnaires dans les EHPAD**

De nombreux obstacles entravent les possibilités d'intégration des personnes logées en pension de famille vers un EHPAD. Tout d'abord, les dossiers d'entrée en EHPAD sont réalisés la plupart du temps par les hôtes ou parfois par leurs mandataires judiciaires. Ce sont des contraintes administratives importantes. A fortiori, ces dossiers doivent être réalisés pour plusieurs établissements. Un hôte rapporte : « *Nous avons déjà rempli 21 dossiers d'entrée en EHPAD depuis deux ans. Le résident est alité, il est fortement dépendant, nous ne pouvons plus rien pour lui, l'intégrer dans un EHPAD est la seule solution, mais ceux du département refusent le dossier ou le mettent sur liste d'attente pour des années* ». De plus, le public marginalisé et désocialisé logé en pension de famille souffre de problématiques très spécifiques qui ne sont pas identiques au public actuellement logé en EHPAD. Par ailleurs, leurs problèmes d'addiction et leurs troubles psychiques sont parfois très importants, ce qui implique de la part des gestionnaires d'EHPAD des dérogations, notamment pour la prise d'alcool dans la chambre et le suivi inhabituel de traitements lourds et inhabituels. Ainsi, pour accueillir ces personnes, un seuil de tolérance important est nécessaire,<sup>130</sup> car elles n'ont pas la même façon de vivre dans un collectif que les personnes dépendantes vivant en EHPAD. De plus, ces publics sont bien plus jeunes que la population moyenne d'un EHPAD. Cela engendre des difficultés en termes de dérogation nécessaire pour entrer en EHPAD avant 60 ans (le prix de journée est alors plus élevé) et en termes d'intégration du résident dans un collectif très âgé (l'âge moyen d'un EHPAD est d'environ 85 ans). En outre, une fois que ces personnes sont stabilisées, les établissements font face à de nouvelles complications. En effet, elles prennent du poids et n'ont pas d'argent pour se vêtir ; elles prennent des forces, peuvent faire preuve de violence, ont des préoccupations sexuelles plus importantes et

---

<sup>130</sup> Entretien avec gestionnaire de l'EHPAD spécialisé dans l'accueil de personnes précaires (L'escalpe, La Rochelle).

parfois inadaptées au public vieillissant et féminin des EHPAD. Les professionnels de santé travaillant dans ces structures ne sont pas habitués à ce type de difficultés et doivent cumuler de nouvelles charges de travail. De plus, elles n'ont pas la culture de l'accompagnement social et craignent parfois ces publics qui peuvent être violents et insolents<sup>131</sup>.

Par ailleurs, les établissements doivent être conventionnés « APL » et être habilités à l'aide sociale afin de répondre à la précarité importante de ces publics.

Enfin, l'orientation de ces personnes est quelquefois remise en question par les EHPAD. Il est effectivement difficile de distinguer entre « vieillissement prématuré » et « polyopathie liée aux parcours d'errance ». Bien souvent, les deux volets sont liés et cumulés<sup>132</sup>.

### 2.3.2 Le dispositif Interface 44

À Nantes, la mission Interface 44 met en lien les personnes de plus de 58 ans soit hébergées – logées dans le dispositif urgence-insertion de Loire-Atlantique, notamment les pensions de famille, soit à la rue. Financée par la DDCS(PP) de Loire-Atlantique, elle est unique en France et est, pour la dernière année, impulsée par le SIAO<sup>133</sup>. Elle est constituée d'une intervenante sociale avec laquelle j'ai pu échanger ainsi que le coordinateur du SIAO 44.

La mission Interface 44 a été créée en 2008 à titre expérimental puis pérennisée en 2010. Elle fait suite à une pluralité de constats initiaux : d'une part, un grand nombre d'appels au 115 par ou pour des personnes âgées de plus de 58 ans, mais dont l'état de santé s'apparente à un âge bien plus avancé et d'autre part, une incapacité des structures d'hébergement et de logement adapté d'intégrer leurs résidents dans les lieux de vie pour personnes âgées.

L'objectif général de la mission est d'être l'intermédiaire entre le secteur de l'urgence-insertion et celui des personnes âgées. Caroline Tendron, intervenante sociale de la mission Interface 44 explique : « Avec la couverture maladie universelle, les sans domicile fixe sont mieux soignés et vivent plus longtemps. Pour autant, ils n'ont plus leur place en CHRS »<sup>134</sup>. En effet, non seulement ces personnes ne sont plus dans une « dynamique de réinsertion » à cause de leur âge et de leurs problèmes de santé, mais en plus, pour rester en CHRS après 60 ans, une dérogation est nécessaire. Ainsi, Interface 44 aide les usagers en situation d'exclusion sociale à intégrer un lieu de vie plus adapté à leur vieillissement précoce et aide la structure d'accueil à « dépasser ses craintes » concernant ce public spécifique. L'intégration des personnes vers ces établissements est un projet long qui peut prendre des mois, voire des années.

---

<sup>131</sup> Entretien avec gestionnaire de l'EHPAD spécialisé dans l'accueil de personnes précaires (L'escale, La Rochelle).

<sup>132</sup> Selon Anne-Sophie AIRIAU, psychologue en Loire-Atlantique, le vieillissement est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillissement intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies.

<sup>133</sup> Interface 44 sera bientôt incluse dans une autre association.

<sup>134</sup> TSA, 2013, « Trouver un lieu de retraite aux SDF vieillissants », n°48.



D'une part, Interface 44 crée des partenariats au travers de conventions avec des EHPAD, logements-foyers, domiciles collectifs<sup>135</sup>. Elle les informe et les rassure, leur assurant des garanties (les personnes qui entrent en établissement continuent d'être suivies par l'intervenante sociale ; les personnels peuvent la solliciter en cas de besoin ; en cas d'échec de l'intégration de la personne dans les 6 mois suivant son arrivée, Interface 44 réoriente la personne). La mission a signé des conventions avec presque 80 établissements sur le département

D'autre part, elle répond aux sollicitations de structures ou du SIAO qui lui oriente des personnes. L'intervenante sociale diagnostique alors la situation pour proposer le meilleur projet possible. Ensuite, elle prépare la personne à intégrer l'établissement. Ce n'est pas toujours chose aisée dans la mesure où ce public peut se sentir humilié par une « (ré)institutionnalisation ». Ce temps de construction d'un projet passe par des visites dans les établissements et des rencontres préalables avec les professionnels. En parallèle à cette préparation psychologique, elle prépare la personne matériellement en l'aidant à déménager, à étiqueter ses affaires personnelles, etc. Enfin, elle prépare la fin de la mission, en assurant un suivi régulier de la personne durant quelques mois puis, en recherchant des appuis extérieurs (bénévoles, associations de visiteurs) pour prendre son relais après l'arrêt du suivi d'Interface 44.

### **2.3.3 La réflexion de la conception d'un EHPAD spécialisé pour les personnes précaires pour les cas complexes**

Comme précité, l'ARS des Pays de la Loire n'a pas pour objectif d'impulser des créations de structures médico-sociales spécialisées dans l'accueil des personnes en situation d'exclusion sociale, préférant l'accès de ces publics dans les structures de droit commun, éventuellement via la reconnaissance de « seuils adaptés ». Pourtant, certaines délégations territoriales<sup>136</sup> s'interrogent tout de même, au vu des besoins, sur l'opportunité d'en créer. Ainsi, il existe en France quelques EHPAD dits « spécialisés dans l'accueil de publics précaires ». C'est le cas de l'EHPAD « L'Escale », situé à La Rochelle où j'ai eu la possibilité de me rendre. Ainsi cet établissement est un EHPAD « classique », sans montage spécifique, impulsé par la délégation territoriale de l'ARS de Charente-Maritime et le Conseil départemental. Seul son projet social a pour orientation de ne recevoir que des personnes en situation de marginalité. Ouverte depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010, la structure a fait le choix de ne disposer que de 19 places afin de maintenir un petit collectif. La moyenne d'âge du public est de 65 ans, composé majoritairement d'hommes isolés<sup>137</sup>.

---

<sup>135</sup> Les structures peuvent être variées. La seule condition à un partenariat avec Interface 44 est l'habilitation à l'aide sociale.

<sup>136</sup> Entretien du 30 septembre 2015, DT ARS de la Sarthe.

<sup>137</sup> 5 femmes sur 19.

L'importance du nombre de dérogations pour l'intégration des personnes de moins de 60 ans a eu des conséquences financières puisque le prix de journée dans ces cas est de 68,45€. Toutefois, l'établissement n'est ni « surfinancé », ni « surencadré »<sup>138</sup>. Cependant, il doit faire face à un turn-over important du personnel qui a des difficultés à travailler avec ce public marginalisé. Néanmoins, le directeur de l'association et la directrice de l'EHPAD soulignent que l'achèvement des protocoles et les formations prévues vont permettre une stabilisation de la structure.

Le directeur de l'association et la directrice de l'EHPAD sont contre l'idée de mixité des publics. Ils expliquent que les habitudes et les comportements de ces personnes ne sont pas les mêmes que dans les EHPAD classiques. « *La différence fait peur, est synonyme de rejet. La mixité a souvent été essayée auparavant et s'est conclue assez souvent par des échecs* ». En effet, la capacité de tolérance doit être maximale de la part des professionnels. Les règles sont nécessaires, mais elles sont très souvent dépassées. La surveillance des résidents doit être très étroite, ce qui ne permet pas des grandes structures de plus de 25 personnes.

Bien qu'existant, les dispositifs sanitaires dédiés aux personnes en situation de grande vulnérabilité comportent des failles majeures. Néanmoins, il apparaît que leur amélioration est envisageable en se basant sur le préexistant. Il s'agit alors du rôle de l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale de préconiser et de proposer des pistes d'action concrètes et réalistes, réfléchies en pluridisciplinarité tout en prenant en compte les contraintes financières et budgétaires actuelles.

---

<sup>138</sup> Avec 1,3 ETP d'infirmier ; 2,75 ETP d'aide-soignant ; 5 ETP d'agents de service général ; 0,10 ETP de médecin coordonnateur ; 10 ETP de psychologue.

### **3 PRÉCONISATIONS & POSITIONNEMENT DE L'INSPECTEUR**

Il ne semble pas concevable d'améliorer l'accompagnement sanitaire et médico-social des usagers sans faire évoluer les méthodes de travail et les outils des hôtes (3.1). Malgré ces préconisations d'envergure nationale, des propositions réalistes peuvent également être formulées en Pays de la Loire en se basant sur l'offre préexistante, sur les contraintes financières et sur les éléments constatés sur le terrain (3.2). Il s'agit alors de missions dévolues aux inspecteurs de l'action sanitaire et sociale (3.3).

#### **3.1 SÉCURISER LES PENSIONNAIRES EN ACCOMPAGNANT LES HÔTES**

Les difficultés d'accès aux soins des personnes logées en pension de famille en Pays de la Loire sont au carrefour des problématiques liées à la lutte globale contre la pauvreté, des questions relatives à la réforme du travail social et des réflexions portant sur l'accès aux soins des « grands exclus ». Aussi, l'objectif des pouvoirs publics est aujourd'hui de sécuriser les usagers en situation de vulnérabilité sociale qui ont des difficultés liées à leur parcours de soins en proposant aux hôtes des outils qui les aideraient à répondre aux besoins. Ainsi, il semblerait que la consolidation de la formation des professionnels de santé et du social serait un premier pas pour désenclaver les secteurs (3.1.1). De plus, les politiques de simplification des démarches administratives en cours font partie des solutions permettant un gain de temps pour les travailleurs sociaux (3.1.2) qui pourraient mettre ce temps à profit pour coordonner le parcours de santé des résidents (3.1.3). En outre, il pourrait être préconisé de faire plus « avec l'utilisateur » que « pour l'utilisateur » (3.1.4). Enfin, l'anticipation et la prévention à la santé des résidents pourraient être accentuées en pension de famille en vue d'une prise en charge le plus précocement possible (3.1.5).

##### **3.1.1 Consolider les formations des professionnels de santé et du social en vue de désenclaver les secteurs**

Il ressort de l'étude régionale sur les pensions de famille que les travailleurs sociaux sont insuffisamment formés à la santé et que leur formation pourrait être optimisée. Dans les pensions de famille, les hôtes reçoivent tous des formations complémentaires d'ordre sanitaire, notamment par l'EMPP du département<sup>139</sup> et effectuent des analyses de pratique avec d'autres travailleurs sociaux ainsi qu'un psychologue. De nouveaux modes de formation pourraient les aider au quotidien, à l'instar des « stages croisés » qui pourraient être une solution aux difficultés de communication avec les professionnels de santé. En effet, offrir des stages à des étudiants en santé dans les ACT, LHSS et structures sociales telles que les pensions de famille pourraient permettre, d'une part, d'améliorer la compréhension des

---

<sup>139</sup> Cf. *supra* : 2.1.3.

problématiques spécifiques de santé des publics précaires et d'autre part, de briser les craintes des professionnels de santé à la prise en charge de ces personnes. En outre, il convient d'ajouter que les stages et formations communs permettent d'ouvrir le dialogue et le partage d'information, venant ainsi renforcer les réseaux professionnels.

Cette question n'est pas circonscrite aux situations des pensions de famille en Pays de la Loire et a été rapportée au niveau national. En effet, le rapport Bourguignon<sup>140</sup> « Reconnaître et valoriser le travail social » fait des problématiques sanitaires et médico-sociales un facteur d'évolution du modèle des formations sociales. De même, le comité de pilotage régional sur le plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, organisé le 7 octobre 2015<sup>141</sup> a pointé cette problématique.

### 3.1.2 La poursuite du « choc de la simplification » des politiques de solidarité

L'un des axes prioritaires du plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale<sup>142</sup> et du rapport Bourguignon<sup>143</sup> concerne la simplification de l'accès aux droits destiné à réduire le non-recours aux droits des personnes et à faciliter le travail des travailleurs sociaux, et notamment des hôtes qui, rapportent-ils, « passent beaucoup de temps à remplir tous les dossiers administratifs des résidents quand leurs tuteurs n'ont pas la possibilité de les aider »<sup>144</sup>. En pension de famille, ce gain de temps pourrait permettre aux hôtes de le mettre à profit pour accompagner les pensionnaires tant d'un point de vue individuel que collectif, et ainsi, remplir au mieux les missions indiquées dans le cahier des charges de 2002. Aussi, il est prévu de poursuivre les réflexions régionales et nationales sur le dossier unique<sup>145</sup>.

Cette simplification passe par la mise en place d'outils à un double niveau : le niveau institutionnel avec la démarche AGILLE (« Améliorer la gouvernance et développer l'initiative locale pour mieux lutter contre l'exclusion ») et le niveau de proximité avec des outils qui s'appuient sur les technologies numériques à destination des travailleurs sociaux. Tout d'abord, la démarche AGILLE s'inscrit dans une volonté de « décloisonner l'action publique et d'améliorer l'articulation des différents niveaux d'intervention »<sup>146</sup>. Elle devrait permettre une mise en réseau des acteurs et leur coordination stratégique. L'intérêt est d'articuler les

---

<sup>140</sup> BOURGUIGNON B., juillet 2015, Rapport « Reconnaître et valoriser le travail social » remis à M. VALLS dans le cadre de la mission de concertation relative aux états généraux du travail social, 85 p.

<sup>141</sup> En présence de S. NEUVILLE, secrétaire d'État chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion et de J.-P. VINQUANT, Directeur général de la cohésion sociale, ce comité a réuni les représentants des conseils départementaux, des organismes sociaux, des associations du secteur social et des services de l'État qui agissent au plan local. Les ateliers ont porté sur deux thématiques : la simplification de l'accès aux droits pour les publics les plus vulnérables et l'accompagnement des personnes en difficultés en coordonnant les acteurs. Blocages et leviers ont pu être identifiés et constitueront une feuille de route pour 2016.

<sup>142</sup> BOURGUIGNON B., *Op.cit.*

<sup>143</sup> BOURGUIGNON B., *Op.cit.*

<sup>144</sup> Entretien avec un hôte et un résident.

<sup>145</sup> D'après les propos de J.-P. VINQUANT, DGCS, lors du comité de pilotage du plan de lutte contre la pauvreté en Pays de la Loire, *op.cit.*

<sup>146</sup> Accord cadre État-Département AGILLE : [https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Convention\\_Agille.pdf](https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Convention_Agille.pdf)

nombreuses expérimentations du Plan pauvreté. À cet égard, la démarche AGILLE permet de faciliter la mise en place de moyens numériques permettant l'accès aux droits via un partage d'informations socioprofessionnelles concernant les usagers entre intervenants sociaux et ainsi, de réduire le non-recours aux droits sociaux et soulager les professionnels dans leur travail d'accompagnement administratif. Il est fort à penser que de tels dispositifs viendront aider à la coordination des parcours de santé des personnes logées en pension de famille.

### **3.1.3 La désignation d'un coordinateur de parcours de santé**

Les réflexions nationales sur la désignation systématique d'un référent unique du parcours de la personne se heurtent à la fragmentation des politiques sociales qui rend difficile l'accompagnement global d'une personne par un seul intervenant, tant la complexité et l'empilement des dispositifs demandent parfois des compétences techniques et spécifiques<sup>147</sup>.

Néanmoins, il paraît envisageable de choisir un coordinateur de parcours de santé pour chaque pensionnaire. L'action n°4 du PRAPS des Pays de la Loire a pour objectif de formaliser un accompagnement individuel adapté et, selon les cas, d'identifier une personne pour coordonner les interventions et les acteurs. Le choix de cette figure est crucial. Le déploiement d'un infirmier serait coûteux pour toutes les pensions de famille de la région. Actuellement, seules les associations d'envergure qui disposent d'une multiplicité de structures peuvent se permettre de mutualiser un temps infirmier. Souhaiter une généralisation irait à l'encontre des moyens actuels de l'assurance maladie. Il paraît plus réaliste de préconiser la légitimation de l'hôte comme coordinateur du parcours. Toutefois, il n'est pas envisageable de légiférer sur ce point sans accorder quelques moyens supplémentaires aux pensions de famille. Pour l'heure, le financement des pensions de famille ne permet pas de salarier plus de deux équivalents temps plein<sup>148</sup>. Des cofinancements mobilisés par les gestionnaires et directeurs d'association pourraient éventuellement venir compléter les subventions étatiques.

### **3.1.4 De la prise en charge de l'utilisateur à son accompagnement**

Deux axes du rapport Bourguignon semblent en adéquation avec les problèmes rencontrés par les hôtes de pension de famille. D'une part, le rapport réaffirme l'importance de faire de l'utilisateur l'acteur principal de son accompagnement, poussant les intervenants sociaux à la technique du « faire pour » au « faire avec ».

D'autre part, le travail de Mme Bourguignon préconise de ne pas chercher l'opposition entre approche individuelle et approche collective comme cela peut être fait concernant les pensions de famille, mais de les concevoir comme une complémentarité. Aussi, il est difficile

---

<sup>147</sup> BOURGUIGNON B., juillet 2015, Rapport « Reconnaître et valoriser le travail social », *op.cit.*

<sup>148</sup> Cf. *supra*.

de concevoir le métier d'hôte en tant qu'accompagnant collectif qui ne s'occuperait pas de l'accompagnement individuel des personnes. De fait, les hôtes n'ont pas réussi à s'en tenir à un rôle d'animation et de réintégration vers l'environnement extérieur local. Employer des professionnels issus de formations sociales ne me paraît pas faire obstacle à l'essence des pensions de famille. Le fait que les pensions de famille permettent un accompagnement individuel ne fait pas nécessairement de ces structures des « CHRS low cost » comme on peut l'entendre parfois. Dans cette perspective, il est en revanche important que l'individu soit au cœur de son parcours, qu'il envisage lui-même ses choix, et ce, même s'il est accompagné pour le faire. Une aide individuelle ne peut se percevoir qu'en intégrant l'utilisateur dans son environnement local, en développant sa participation citoyenne et en permettant son intégration dans le collectif de la pension de famille.

### 3.1.5 Anticiper et prévenir la dépendance et les maladies

Compte tenu de l'évolution démographique et économique, il est complexe de pressentir les variations des besoins de la population en Pays de la Loire. Ainsi, en vue d'adapter l'offre d'accompagnement au moment le plus propice, il paraît essentiel de détenir un bon système d'observation. « *Anticiper, c'est également accorder une place plus importante aux actions de prévention* », précise l'évaluation intermédiaire du PRS des Pays de la Loire<sup>149</sup>.

L'observation sanitaire et sociale peut être effectuée à plusieurs niveaux. D'une part, au niveau institutionnel, la DRJSCS peut réaliser des études quantitatives et qualitatives comme celle réalisée sur les pensions de famille et résidences accueil. Le SIAO détient également un rôle de veille sociale important ainsi que certaines associations à l'instar de la FNARS des Pays de la Loire qui a réalisé une étude sur le vieillissement des publics précaires. D'autre part, les hôtes des pensions de famille et les travailleurs sociaux plus généralement effectuent « *une véritable veille sanitaire et sociale qui permet d'alerter quand cela est nécessaire* »<sup>150</sup>.

Tous ces travaux d'observation amènent à anticiper des dysfonctionnements. Aussi, j'ai pu remarquer à travers l'étude régionale sur les pensions de famille que très peu de mécanismes de prévention de la dépendance et des maladies étaient mis en place. À l'heure où la mise en exergue de l'impact des déterminants de santé est une des priorités de la politique nationale de santé, il peut être préconisé de développer la prévention de la santé en pension de famille. On remarque en effet que pour les personnes en situation de vulnérabilité sociale, les difficultés d'accès à la prévention et à l'éducation à la santé sont prégnantes. Malgré l'inscription d'un objectif d'amélioration de l'accès à la prévention au sein du PRAPS des Pays de la Loire et « *malgré les efforts de coordination intervenants* »<sup>151</sup>, ces freins

<sup>149</sup> ARS Pays de la Loire, BOULE J-P, BRUN X., juin 2014, Politique régionale en faveur de la santé des populations en grande vulnérabilité. Évaluation intermédiaire du projet régional de santé des Pays de la Loire 2012-2016.

<sup>150</sup> FONDATION ABBÉ PIERRE, novembre 2014, La fonction et le rôle des hôtes des Pensions de famille, Les cahiers du logement, 36p.

<sup>151</sup> Actions n°2 et 3 du PRAPS des Pays de la Loire.

peuvent être causés par un manque de connaissance des dispositifs et par la pluralité des situations rendant complexe leur lisibilité.

Fort de ces constats, il pourrait être préconisé de proposer des programmes d'éducation thérapeutique adaptés au parcours et aux spécificités des personnes et adapter les supports d'éducation.

## **3.2 PROPOSITIONS DE PISTES D' ACTIONS LOCALES**

Il ne s'agit pas d'émettre des idées de préconisations irréalistes et trop ambitieuses au vu du contexte financier actuel et de la multiplication des priorités données aux institutions afin de réduire les inégalités sociales. Toutefois, cette immersion en DRJSCS m'a permis de réfléchir à des hypothèses d'opportunités chiffrables et rationnelles. Ainsi, dans le contexte de la réalisation de l'étude régionale sur les pensions de famille en Pays de la Loire, j'ai participé à la mise en œuvre du déploiement des EMPP sur les deux départements de la région qui n'en bénéficient pas (3.2.1) ainsi qu'à l'organisation d'un colloque vieillissement-précarité en s'appuyant notamment sur ladite étude (3.2.2). Aussi, il me semblerait propice de généraliser la mission Interface 44 sur l'ensemble de la région en amenuisant son coût grâce à la mutualisation d'ETP (3.2.3) ainsi que de réfléchir à l'amélioration du pilotage et de l'adaptation de l'offre en structures sanitaires et médico-sociales à destination des « grands exclus » (3.2.4).

### **3.2.1 Déployer les équipes mobiles psychiatrie précarité sur les deux autres départements de la région**

Comme indiqué précédemment<sup>152</sup>, les EMPP sont des ressources importantes pour les pensions de famille qui sont toutes confrontées à des publics ayant des troubles psychiques. Or, les départements de la Mayenne et de la Vendée ne disposent pas d'EMPP sur leur territoire<sup>153</sup>. C'est pourquoi, en échange d'un financement spécifique, il serait pertinent que la DRJSCS et l'ARS sollicitent les trois EMPP préexistantes (association 3PL) dans la région pour réaliser des formations et de surcroît, favoriser une mise en réseau des travailleurs sociaux et des professionnels du secteur psychiatrique.

Aussi, à raison de 3 000€ pour chaque institution, les EMPP mettraient en place deux sessions de formation de deux jours à destination d'une part, des salariés et d'autre part, des bénévoles. Pour éviter que ces journées soient principalement théoriques, les EMPP sollicitent des acteurs du département pour intervenir dans ces sessions. Ils construisent la trame avec ces professionnels pour être au plus proche des problématiques du terrain. Ainsi,

---

<sup>152</sup> Cf. *supra* : 2.1.3.

<sup>153</sup> ARS Pays de la Loire, BOULE J-P, BRUN X., juin 2014, Politique régionale en faveur de la santé des populations en grande vulnérabilité. Évaluation intermédiaire du projet régional de santé des Pays de la Loire 2012-2016.

outre l'apport théorique, la formation permet un échange de pratique et une mise en réseau qui favorise les connexions interprofessionnelles et la connaissance des acteurs du terrain en question. À la formation, doit se succéder une coopération entre professionnels, pour former à terme, le maillage d'un réseau local.

### **3.2.2 Mettre en place un colloque vieillissement-précarité**

Corrélativement à l'étude régionale sur les pensions de famille que j'ai pu réaliser pour la DRJSCS, j'ai pu travailler avec la responsable du budget opérationnel de programme 177 ainsi que la chef de projet santé-précarité de l'ARS Pays de la Loire à la mise en place d'un colloque sur le thème du vieillissement des publics précaires. En effet, le « faire connaître, porter à connaissance » est une mission fondamentale des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale dans le but de regrouper, informer et fédérer des acteurs multisectoriels qui travaillent avec des usagers communs.

Dans le cadre des journées d'information organisées par l'ARS sur différentes thématiques, cette dernière finance la majeure partie du projet, tout en faisant appel à la FNARS pour effectuer une enquête sur le vieillissement des personnes en situation de précarité (elle-même subventionnée par la DRJSCS). Afin de mener à bien ce projet, ces trois acteurs se coordonnent pour contribuer à l'évènement.

Il est d'ores et déjà prévu qu'un retour d'expérience d'une pension de famille et d'une résidence accueil soit effectué sur le sujet de l'accompagnement d'un résident en fin de vie, et ce, en lien direct avec l'étude régionale sur les pensions de famille. Par ailleurs, différentes interventions sur des dispositifs innovants sont prévus tels que les EHPAD spécialisés dans l'accueil des personnes précaires, un SSIAD précarité du Nord-Pas-de-Calais ou encore un témoignage sur la gestion d'une situation complexe d'une personne précaire vieillissante par l'intervention de la « méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie » (MAIA).

### **3.2.3 Généraliser la mission Interface 44 sur l'ensemble de la région**

Fort de son efficacité en Loire-Atlantique, il pourrait être pertinent de déployer ce dispositif sur l'ensemble du territoire régional. Parce que les besoins ne sont pas les mêmes dans ce département que dans les autres et compte tenu des contraintes financières, je propose de mutualiser un ETP par département. Ainsi, outre la mission Interface 44 qui comporte un ETP, il pourrait être intéressant de déployer un ETP pour le territoire Sarthe-Mayenne et un autre pour les départements du Maine-et-Loire et de la Vendée. De plus, l'avantage d'un tel dispositif est de dépasser les notions de frontières administratives et ainsi, de faire du lien entre les territoires. Par ailleurs, il est proposé d'implanter la mission, soit sur les deux chefs-lieux de département ce qui pourrait accroître les dépenses locatives ou bien de la localiser sur une ville proche des deux départements (par exemple : Cholet pour le territoire Vendée-Maine et Loire ; Sablé en Sarthe pour les départements de la Mayenne et de la Sarthe).



La mission Interface 44 étant budgétisée comme suit :

1 ETP	44 000€
Autres frais de gestion :	
- Ligne téléphonique	
- Location d'un véhicule	6 000 €
- Frais locatifs	
<b>TOTAL</b>	<b>50 000€</b>

Ainsi, à raison de trois missions, la DRJSCS des Pays de la Loire devrait financer les dispositifs pour 150 000 €. Une formalisation des missions en une association pourrait être également pertinente en vue d'une coopération et d'échanges réguliers entre les intervenants sociaux.

### **3.2.4 Réfléchir à l'amélioration du pilotage et de l'adaptation de l'offre en structures sanitaires et médico-sociales à destination des « grands exclus »**

Bien que les critiques des autorités portant sur les dispositifs de prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes en situation d'exclusion sociale semblent à certains égards pertinents et concevables, il s'agit toutefois de ne pas nier les faits, la réalité. Actuellement, une partie des publics logés en pension de famille (et dans les autres structures d'hébergement-logement ainsi qu'à la rue) ont des difficultés d'accès aux soins. Or, le droit à la protection sociale étant une valeur fondamentale de notre République (alinéa 11 du préambule de la Constitution de 1958), réfléchir globalement et collectivement à une politique d'amélioration de l'offre de structures sanitaires et médico-sociales à destination des « grands exclus » ne semble pas être irréaliste et inopportun.

#### **A) S'interroger sur l'opportunité de la création de lits d'accueil médicalisés**

Il a été constaté en 2012 lors de l'évaluation nationale des LHSS, un glissement des patients, passant de l'accueil des personnes atteintes de maladies aiguës à l'accueil des personnes atteintes de maladies chroniques. Les Pays de la Loire n'ont pas échappé à cette situation. Il a ainsi été constaté que des « très grands précaires » atteints de cancers à pronostic sombre et de troubles psychiques et des problèmes d'addiction de grande ampleur étaient pris en charge en LHSS sur de longues durées alors que ce n'est pas leur objet. Compte tenu de l'existence de dispositifs spécialement conçus pour ces problématiques, il pourrait être opportun de réfléchir à la création de LAM, notamment à Nantes où le besoin semble être le plus important. Les LAM constituent une possibilité d'hébergement durable

pour les usagers souffrant d'une pathologie chronique ou à pronostic sombre. En vertu de la circulaire<sup>154</sup>, les LAM sont financés en année pleine à hauteur de 187,33 € par lit, par jour.

Néanmoins, malgré cette existence réglementaire, certains craignent « l'institutionnalisation d' « hôpitaux pour pauvres », alors que c'est le rôle des structures de Soins de Suite et de Réadaptation notamment, de pouvoir prendre en charge ce type de patients »<sup>155</sup>.

## B) Renforcer le pilotage interinstitutionnel des LHSS

Ce volet fait partie du constat de l'évaluation intermédiaire du PRS des Pays de la Loire (2012-2016) concernant la politique régionale en faveur de la santé des populations en grande vulnérabilité. *A contrario*, des recommandations nationales<sup>156</sup> préconisant un pilotage fort des LHSS par l'ARS et la DRJSCS et un travail en partenariat fort avec les SIAO, les Pays de la Loire n'ont pas encore mis en place un « système de veille continu des besoins quantitatifs et qualitatifs et de coordination<sup>157</sup> » de ces dispositifs. Cette évaluation du PRS met en exergue que le dispositif des LHSS est « *peu investi [...], peut-être parce que le poids institutionnel et budgétaire des LHSS, comme celui des ACT, représente une goutte d'eau dans l'ensemble du secteur médico-social, mais aussi parce que ce type de structures est à la frontière du sanitaire et du social* ».

Toutefois, le partenariat existant entre le responsable du secteur hébergement-logement de la DRJSCS des Pays de la Loire et le chef de projet « santé-social » qui est l'interface vers les autres champs de l'ARS (handicap, vieillissement de la population, addictions, soins de premiers recours, etc.) s'avère opérant afin de poursuivre le travail de désenclavement des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

## C) Créer des dispositifs spécifiques pour les cas complexes

L'échelon national ne souhaitant pas s'orienter vers la création de nouveaux dispositifs spécifiques sous couvert d'un empilement déjà conséquent de structures pour un public caractéristique, les associations ont pris des initiatives afin de répondre à un besoin largement constaté sur le terrain. Ainsi, comme indiqué précédemment, certains EHPAD ont fait le choix de ne se consacrer qu'à un public de « grands exclus » et certaines pensions de famille, constatant de fait que leurs résidents étaient déjà pour la grande majorité des personnes en situation de fragilité sanitaire, ont choisi d'inscrire à leur projet social un accueil

---

<sup>154</sup> MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE, arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité.

<sup>155</sup> ARS Pays de la Loire, BOULE J-P, BRUN X., juin 2014, Politique régionale en faveur de la santé des populations en grande vulnérabilité. Évaluation intermédiaire du projet régional de santé des Pays de la Loire 2012-2016.

<sup>156</sup> DGCS, 12 février 2013, Évaluation des dispositifs LHSS.

<sup>157</sup> ARS Pays de la Loire, BOULE J-P, BRUN X., juin 2014, Politique régionale en faveur de la santé des populations en grande vulnérabilité. Évaluation intermédiaire du projet régional de santé des Pays de la Loire 2012-2016.

conditionné à des personnes ayant des problématiques sanitaires et de vieillissement précoce.

Nonobstant la pertinence des arguments des pouvoirs publics à propos des contraintes budgétaires et des empilements de dispositifs pour publics distincts qui engendrent une complexité pour les usagers, les travailleurs sociaux et les autorités, les visites et rencontres sur place avec les pensionnaires, les hôtes ou les gestionnaires m'amènent à réfléchir à la création de quelques structures de droit commun avec un projet social spécifique. En effet, d'une part, un EHPAD comme celui de La Rochelle<sup>158</sup> ou une pension de famille pour personnes vieillissantes ne représentent pas un surcoût exponentiel, mais nécessitent un soutien de la part de l'ARS et de la DRJSCS. D'autre part, ils ne semblent pas complexifier le système tant qu'ils sont identifiés sur un territoire par le SIAO et font partie d'un réseau de structures sociales et médico-sociales qui travaillent ensemble.

### **3.3 INTÉRÊT DE LA RÉFLEXION DU POINT DE VUE D'UN INSPECTEUR DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE**

Dans le cadre de l'accompagnement des pensions de famille sur le territoire régional, l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale dispose de leviers d'action au niveau du pilotage global du secteur. Il a un rôle d'impulsion et de coordination des différents acteurs : hôtes, gestionnaires, partenaires institutionnels. L'objectif global est de minorer le cloisonnement parfois flagrant qui existe entre le secteur social et le secteur sanitaire, médico-social.

#### **– Connaître les besoins et l'offre existante : un rôle d'observation et de veille sociale**

L'amélioration du service rendu aux usagers en soutenant une meilleure coordination du parcours de santé des pensionnaires passe systématiquement par le repérage de besoins tant quantitatifs que qualitatifs. Dans ce sens, l'étude régionale sur les pensions de famille menée durant ce stage a permis de conforter un ressenti régional et des constats nationaux. Ainsi, d'une part, mener une enquête demande une méthode en matière de gestion de projet et d'autre part, l'inspecteur doit détenir des compétences en matière de statistique et d'interprétation de ces chiffres pour en tirer les conclusions qui s'imposent. Il s'agit du prélude à toute démarche de planification. Cette étude, à l'instar des enquêtes flash ou de l'enquête ES, servira de bases à différents plans et notamment au DT 360° qui se veut être une nouvelle étape à l'objectif des pouvoirs publics d'avoir une connaissance globale et approfondie des besoins des usagers en situation de grande pauvreté.

---

<sup>158</sup> Cf. *supra* : 2.3.3.

– **Porter à connaissance, informer ses interlocuteurs : un rôle pédagogique**

L'étape qui doit succéder à une telle étude est la restitution et la communication des résultats. Les échanges que j'ai pu avoir avec les hôtes et les gestionnaires ont mis en exergue le besoin d'avoir un retour sur les résultats de la compilation des données qui leur sont demandées. Ainsi, l'inspecteur d'aujourd'hui doit savoir fidéliser ses partenaires en faisant des retours sur ses actions menées. La communication de l'action publique est actuellement un enjeu fort qui devrait être développé dans les années à venir. Aussi, l'IASS doit savoir maîtriser des outils numériques adaptés à cette mission<sup>159</sup>. Certains mécanismes de communicant provenant du secteur privé devraient également, tout en les adaptant aux contraintes de l'action publique, être approfondis par les inspecteurs afin de donner envie aux partenaires comme aux usagers de lire l'information communiquée. De même, l'information ne devrait pas être recherchée par l'utilisateur, mais portée directement à sa connaissance, notamment grâce aux réseaux sociaux.

– **Effectuer de l'animation territoriale et promouvoir la coopération interinstitutionnelle :**

Après avoir pointé les différents besoins et dysfonctionnements d'un dispositif, il s'agit pour l'inspecteur de mener une stratégie d'amélioration du système qui ne saurait se construire sans une coopération interinstitutionnelle. Une telle étude régionale amène à la réunion des DDCS(PP) et à l'identification des situations de blocages et des leviers d'action. L'objectif du pilotage régional doit être d'harmoniser les pratiques des échelons départementaux. Cette étape se poursuit par l'identification de bonnes pratiques, communiquées en Commission hébergement et accès au logement composés par de multiples acteurs institutionnels tels que les DDCS(PP), la DREAL, les collectivités territoriales, l'ARS et le tissu associatif. Enfin, après d'amples discussions interinstitutionnelles et le recensement d'explications observées sur le terrain, les IASS des DDCS(PP) informent les gestionnaires et hôtes des pensions de famille qu'ils subventionnent des conclusions tirées de ces différents travaux. Les innovations répondant à leurs attentes pourront alors être mises en place par les associations.

– **Favoriser la mise en réseau des acteurs de santé et des travailleurs sociaux en vue d'une meilleure prise en charge sanitaire des grands exclus**

La mobilisation de l'ensemble des acteurs est essentielle afin de pouvoir soutenir et, le cas échéant, généraliser les initiatives locales issues des associations. Grâce à son regard global sur l'offre départementale ou régionale, l'IASS peut permettre l'intégration de nouveaux acteurs dans un réseau préconstitué.

---

<sup>159</sup> Cf. annexe n°3.

De même, le rôle de l'inspecteur dans le cadre de sa mission d'animateur territorial est d'encourager et de faciliter, grâce à des outils harmonisés, la formalisation juridique des partenariats. Il ressort de l'étude régionale sur les pensions de famille que bon nombre de coopérations demeurent à l'état embryonnaire dans certaines structures, faute de conventionnement. Ce dernier peut effrayer un secteur social encore réfractaire à la culture de l'écrit et c'est à l'inspecteur d'être suffisamment pédagogue afin de faire tomber ces appréhensions.

– **Piloter en DRJSCS : un rôle d'interface avec l'ARS**

Le PRAPS est le document pivot de la coopération entre le secteur social (DRJSCS et DDCS(PP)) et le secteur sanitaire et médico-social (ARS et ses délégations territoriales). Le PRAPS actuel de la région Pays de la Loire s'achèvera en 2016 et est en cours d'évaluation et de renouvellement. Alors que tous les programmes du PRS ont disparu au profit d'un document unique, il a été décidé de conserver un PRAPS identifié comme tel, ce qui semble être un signe fort en termes d'affichage de l'ARS Pays de la Loire.

Aussi, l'enjeu majeur du travail entre la DRJSCS et l'ARS en Pays de la Loire tient à un inspecteur de l'ARS, chef de projet identifié concernant le lien précarité-santé. Il est l'interlocuteur privilégié des IASS de la DRJSCS et les informe sur les secteurs spécialisés en addictologie, troubles psychiques, vieillissement, handicap, etc. Il est une véritable passerelle qui permet un copilotage des actions santé-social efficace et pertinent. À cet égard, plusieurs travaux en collaboration ARS-DRJSCS sont en cours. Outre la préparation du colloque sur le vieillissement des personnes précaires précité<sup>160</sup>, un groupe de travail santé – précarité interne à l'ARS est organisé quatre fois par an en présence de la DRJSCS afin d'avancer sur différents thèmes. De même, le niveau départemental est mobilisé fréquemment avec des réunions regroupant les DT ARS et les DDCS(PP) sur des thématiques. Par ailleurs, un document stratégique, le document d'objectifs partagés (DOP), entrant dans le champ de la feuille de route ARS-DRJSCS, qui définit le cadre et les méthodes de partenariat entre les deux institutions. Une feuille de route annuelle est dégagée de cet écrit en lien direct avec le PRAPS. Enfin, des réunions ponctuelles sont organisées comme par exemple une réunion fin février 2016, sur le logement accompagné, composée de la DRJSCS, des DDCS(PP), de l'ARS et ses DT, des Conseils départementaux ou encore de la DREAL avec comme problématique principale la mise en œuvre de structures de logement spécifiques pour cérébraux lésés, dispositifs pour l'heure toujours refusés par ces acteurs.

---

<sup>160</sup> Cf. *supra* : 3.2.2.

– **Systématiser la prise en compte de la problématique santé au sein du dispositif Accueil Hébergement Insertion (AHI)**

L'organe phare de la coordination dans le secteur social est aujourd'hui le SIAO. En Pays de la Loire, les SIAO des départements de Loire-Atlantique, de la Sarthe et de la Mayenne sont dotés, jusqu'alors<sup>161</sup>, d'un temps infirmier financé par l'ARS afin de compléter l'évaluation sociale par une appréciation médicale prise en compte pour l'orientation de la personne (notamment vers un dispositif santé-social). Ceci est une première étape vers une coordination globale sanitaire et sociale qui permettrait de « mettre autour de la table » tous les acteurs concernés afin, d'une part, de décider d'une orientation et d'un parcours pour les cas complexes à l'instar du travail mené par D. PIVETEAU dans le cadre de son rapport « Zéro sans solution »<sup>162</sup> à propos du parcours des personnes en situation de handicap, et d'autre part, de devenir une instance de concertation et de réflexion concernant les parcours des « grands exclus » dont la situation sanitaire est particulièrement fragile<sup>163</sup>. Concernant la forme de cette instance, les modèles dans le domaine sanitaire et médico-social ne manquent pas. Nous pouvons penser aux schémas des MAIA ou des plateformes territoriales d'appui à destination des médecins traitants (PTA). Il convient toutefois d'être vigilant sur l'empilement des comités d'orientation et de prise en charge des cas complexes, dont les situations étudiées sont souvent les mêmes.

– **Rechercher et analyser les montages juridiques et financiers effectués par les structures en vue de l'ouverture de nouvelles places ou de la création de dispositifs innovants**

Lorsque les initiatives de création de places de pension de famille ou de résidence accueil proviennent des associations ou qu'elles répondent à un cahier des charges, il appartient à l'IASS d'une part, d'être garant de la réglementation en recherchant les éléments qui permettent au projet de répondre entièrement et absolument à la législation en vigueur et d'autre part, ne pas mettre en péril l'équilibre des deniers publics en acceptant un projet anormalement ou excessivement coûteux, quand bien même il serait satisfaisant. Dans cette même perspective, l'inspecteur doit veiller à la faisabilité financière des projets présentés afin d'éviter la mise en danger des associations. Il doit savoir faire le lien avec le niveau national pour obtenir des financements et/ou trouver des solutions d'optimisation d'un projet. Enfin, il doit savoir maintenir sa position lorsqu'elle est, à ses yeux, pertinente, en dépit de pressions politiques potentielles.

---

<sup>161</sup> Une évaluation de l'impact de cette action est actuellement en cours.

<sup>162</sup> PIVETEAU D., juin 2014, « Zéro sans solution : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches », remis à M. TOURAINE, 96 p.

<sup>163</sup> Nous pouvons penser ici à l'exemple précité de la personne logée en pension de famille alitée depuis deux ans et dont les hôtes ne trouvent pas de places en EHPAD.

---

## CONCLUSION

---

L'objectif de ce mémoire était de mettre en lumière, d'une part, la pérennité et l'efficacité des pensions de famille comme alternative à l'hébergement d'urgence et d'autre part, leur problématique première : celle de l'accès aux soins du public qui y vit.

Véritable atout qui allie liberté et sécurité, logement durable et accompagnement social, espaces privatifs et collectifs, les pensions de famille se sont imposées comme étant des solutions pérennes pour répondre aux besoins de personnes en situation d'exclusion sociale chronique. Treize ans après leur généralisation sur le territoire, elles sont encore aujourd'hui en développement dans le cadre de la stratégie ministérielle de réduction des nuitées hôtelières.

Le public présent en pension de famille est-il encore celui prescrit par la circulaire VERSINI de 2002 ? Cette question a été le fil rouge de ma réflexion durant mon stage à la DRJSCS Pays de la Loire. La circulaire ouvre les « maisons relais » de l'époque à un public « 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 ». Deux constats s'imposent d'eux-mêmes : d'une part, le public cible est bien un public souffrant de troubles psychiques ; d'autre part, l'absence de programme de réinsertion sociale formalisé dans ces structures implique nécessairement que les pensions de famille accueillent des personnes d'un certain âge. Aussi, il ne paraît pas étonnant que ces dispositifs de logement adapté se trouvent confrontés à des problématiques de santé ainsi qu'à un vieillissement précoce, inhérent aux parcours de rue, de ces résidents. Pourtant l'accompagnement sanitaire et médico-social n'y est pas optimal. La coordination des professionnels de santé et l'orientation vers des structures médico-sociales spécifiques ou de droit commun sont des travaux de longue haleine pour des hôtes insuffisamment formés et dont le rôle théorique est l'accompagnement d'un collectif afin d'éviter le repli sur soi et l'isolement des résidents.

Ce constat a été objectivé par les études réalisées aux niveaux national et régional. Ce diagnostic étant établi, il s'agit désormais de mobiliser les acteurs, à quel qu'échelon géographique et institutionnel que ce soit, en vue de rechercher des pistes d'amélioration. Outre les groupes de travail nationaux en cours sur le sujet, une réflexion régionale peut être mise en place afin de soutenir des initiatives locales, de promouvoir la coopération interinstitutionnelle, de faciliter la mise en réseau des acteurs concernés et plus largement de progresser vers le décroisement des secteurs sanitaires et sociaux.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

### TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES

- Loi n° 82-526 du 22 juin 1982 relative aux droits et obligations des locataires et des bailleurs
- Loi n° 90-449 du 31 mai 1990 visant à la mise en œuvre du droit au logement
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITÉ, Circulaire du 21 avril 1997 relative aux pensions de famille.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITÉ, Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation et de lutte contre les exclusions. Journal officiel, n°175 du 31 juillet 1998, 11 679.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITÉ, Circulaire DH/AF1 n° 05960 du 25 mai 1999 relative à la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITÉ, Loi n°2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbains. Journal officiel, n°289 du 14 décembre 2000, 19 777.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITÉ, circulaire DGS (SD6/A)/DGAS/DSS n° 2002-551 du 30 octobre 2002 relative aux appartements de coordination thérapeutique (ACT).
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITÉ, Circulaire DGAS/SDA n°2002/595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITÉ, instruction interministérielle du 11 mars 2003 relative aux maisons-relais.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITÉ et MINISTÈRE DE L'ÉQUIPEMENT, DES TRANSPORTS, DU LOGEMENT, DU TOURISME ET DE LA MER, Lettre d'instruction aux services déconcentrés (DDASS et DDE) pour la mise en œuvre du programme 2004 « maisons relais ».
- MINISTÈRE DU LOGEMENT ET DE LA VILLE, loi n°2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale. Journal officiel n°22 du 27 janvier 2005, 14 11.
- MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA COHÉSION SOCIALE ET DU LOGEMENT, Note d'information n°DGAS/DGUHC/PIA/IUH1/2005/189 du 13 avril 2005 relative à la mise en œuvre du programme 2005 maisons relais-pensions de famille.



- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITÉ, circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.
- MINISTÈRE DE L'EMPLOI DU TRAVAIL ET DE LA COHÉSION SOCIALE, circulaire n°2006-45 du 4 juillet 2006 relative aux résidences sociales.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITÉ, Note d'information n°DGAS/PIA/PHAN/2006/523 du 16 novembre 2006 relative à la mise en place de l'expérimentation des résidences accueil.
- Loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale
- MINISTÈRE DU LOGEMENT ET DE LA VILLE, Circulaire n° 2008-5279 du 22 février 2008 relative à la mise en œuvre du grand chantier prioritaire 2008-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri.
- MINISTÈRE DU LOGEMENT ET DE LA VILLE, Circulaire n°DGAS/DGAL/DGALM/2008/248 du 27 août 2008 relative à la création de maisons relais.
- MINISTÈRE DU LOGEMENT ET DE LA VILLE, Circulaire du 5 mars 2009 pour la relance relative à l'hébergement.
- MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE, arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité.
- LOI n° 2009-323 du 25 mars 2009 parue au JO n° 73 du 27 mars 2009.
- MINISTÈRE DE L'ÉCOLOGIE, DU DÉVELOPPEMENT DURABLE, DES TRANSPORTS ET DU LOGEMENT, Décret n°2011-356 du 30 mars 2011 relatif aux conventions conclues en application de l'article L. 351-2 du code de la construction et de l'habitation pour les logements-foyers.
- MINISTÈRE DE L'ÉCOLOGIE, DU DÉVELOPPEMENT DURABLE, DES TRANSPORTS ET DU LOGEMENT, circulaire n°Cabinet/2012/04 du 13 janvier 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle du logement d'abord.
- MINISTÈRE DU LOGEMENT, DE L'ÉGALITÉ DES TERRITOIRES ET DE LA RURALITÉ, loi n°2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et à un urbanisme rénové.
- LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

## RAPPORTS ET ÉTUDES

- ARS Pays de la Loire, BOULE J-P, BRUN X., juin 2014, Politique régionale en faveur de la santé des populations en grande vulnérabilité. Évaluation intermédiaire du projet régional de santé des Pays de la Loire 2012-2016.
- BOURGUIGNON B., juillet 2015, Rapport « Reconnaître et valoriser le travail social » remis à M. VALLS dans le cadre de la mission de concertation relative aux états généraux du travail social, 85 p.
- CENTRE D'ÉTUDES ET D'EXPERTISE SUR LES RISQUES, L'ENVIRONNEMENT, LA MOBILITÉ ET L'AMÉNAGEMENT, 2014, Les pensions de famille et résidences accueil : du modèle aux réalités d'aujourd'hui. Étude-bilan pour la DIHAL, la DGCS et la DHUP, 8 p.
- CENTRE D'ÉTUDES ET D'EXPERTISE SUR LES RISQUES, L'ENVIRONNEMENT, LA MOBILITÉ ET L'AMÉNAGEMENT, novembre 2015, Les pensions de famille et résidences accueil : du modèle aux réalités d'aujourd'hui. Retour d'étude synthèse pour la DIHAL, la DGCS et la DHUP, 175 p.
- CENTRE DE RECHERCHE POUR L'ÉTUDE ET L'OBSERVATION DES CONDITIONS DE VIE, août 2012, *Lits d'accueil médicalisé - Évaluation de l'expérimentation – Rapport de synthèse*.
- DGCS, 12 février 2013, Évaluation des dispositifs LHSS.
- DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COHÉSION SOCIALE, avril 2008, Évaluation nationale du dispositif maisons-relais, Ville et habitat, 128 p.
- DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COHÉSION SOCIALE, mars 2010, Évaluation des expérimentations : résidence accueil et maison relais pension de famille pour personnes vieillissantes, Rapport final incluant les recommandations, 116 p.
- DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTE, DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ACTION SOCIALE, 2005, Souffrances ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social, 28 p.
- DIRECTION RÉGIONALE DE LA JEUNESSE DU SPORT ET DE LA COHÉSION SOCIALE DU CENTRE, décembre 2013, Les résidents des pensions de famille/maison relais : Profils, parcours résidentiels et enjeux de l'accompagnement, étude réalisée avec le concours du CREA et de l'ORS de la région Centre, 163 p.
- DIRECTION RÉGIONALE DE LA JEUNESSE DU SPORT ET DE LA COHÉSION SOCIALE DE LANGUEDOC-ROUSSILLON, août 2013, Étude régionale relative à la population accueillie dans les maisons relais en Languedoc-Roussillon, Rapport de mission, 21 p.

- DREES, septembre 2015, Problèmes dentaires, tabac, dépression : la santé précaire des sans-domiciles, Études & résultats.
- DRJSCS PACA, octobre 2014, les pensions de famille en région PACA.
- DRJSCS Pays de la Loire, octobre 2015, Les pensions de famille en Pays de la Loire : Étude régionale 2014. En ligne : [http://pays-de-la-loire.drdjcs.gouv.fr/sites/pays-de-la-loire.drdjcs.gouv.fr/IMG/pdf/etude\\_regionale\\_2014\\_pensions\\_de\\_famille\\_en\\_pays\\_de\\_la\\_loire.pdf](http://pays-de-la-loire.drdjcs.gouv.fr/sites/pays-de-la-loire.drdjcs.gouv.fr/IMG/pdf/etude_regionale_2014_pensions_de_famille_en_pays_de_la_loire.pdf).
- DRJSCS Pays de la Loire, octobre 2015, Synthèse de l'étude régionale 2014 sur les pensions de famille en Pays de la Loire.  
En ligne : [http://pays-de-la-loire.drdjcs.gouv.fr/sites/pays-de-la-loire.drdjcs.gouv.fr/IMG/pdf/synthese\\_etude\\_2014\\_-\\_pension\\_de\\_famille.pdf](http://pays-de-la-loire.drdjcs.gouv.fr/sites/pays-de-la-loire.drdjcs.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_etude_2014_-_pension_de_famille.pdf)
- FÉDÉRATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS D'ACCUEIL ET DE RÉINSERTION SOCIALE, octobre 2011, Guide des maisons relais et pensions de famille de la région Midi-Pyrénées, 135p.
- FONDATION ABBE PIERRE, 2016, Les chiffres du mal logement en France 2016, [http://www.fondation-abbe-pierre.fr/sites/default/files/content-files/files/les\\_chiffres\\_du\\_mal-logement\\_2016.pdf](http://www.fondation-abbe-pierre.fr/sites/default/files/content-files/files/les_chiffres_du_mal-logement_2016.pdf)
- FONDATION ABBE PIERRE, 2016, Les chiffres du mal logement en France 2016, [http://www.fondation-abbe-pierre.fr/sites/default/files/content-files/files/les\\_chiffres\\_du\\_mal-logement\\_2016.pdf](http://www.fondation-abbe-pierre.fr/sites/default/files/content-files/files/les_chiffres_du_mal-logement_2016.pdf)
- FONDATION ABBE PIERRE, février 2015, État du mal logement en France, 20ème Rapport annuel, 50 p.
- FONDATION ABBÉ PIERRE, novembre 2014, La fonction et le rôle des hôtes des Pensions de famille, Les cahiers du logement, 36 p.
- GIRARS V., ESTECAHANDY P., CHAUVIN P., 2009, La santé des personnes sans chez soi, Rapport remis à Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la santé et des sports, 184 p.
- IGAS, 23 janvier 2014, 1<sup>er</sup> bilan du plan contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, Bibliothèque des rapports publics, La Documentation française.fr.
- IGAS, 26 janvier 2015, 2<sup>e</sup> bilan du plan contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, Bibliothèque des rapports publics, La Documentation française.fr.
- INSEE, 2003, La santé des sans-domiciles usagers des services d'aide, étude 2001.
- OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA FIN DE VIE et CENTRE D'ÉTUDES ET D'EXPERTISE SUR LES RISQUES, L'ENVIRONNEMENT, LA MOBILITÉ ET L'AMÉNAGEMENT, 2014, Fin de vie en pensions de famille, Tableau de bord, 1 p.

- PELISSIER M., mai 2008, Mission d'appui pour la mise en œuvre du programme de maisons-relais, Rapport définitif, mai 2008, 17 p.
- PIVETEAU D., juin 2014, « Zéro sans solution : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches », remis à M. TOURAINE, 96 p.
- SECRÉTARIAT D'ÉTAT AU LOGEMENT, Évaluation du programme expérimental « pension de famille », synthèse d'étude, cabinet OPSIS, juin 2001, 8p.
- SERVICES DU PREMIER MINISTRE, 21 janvier 2013, Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale adopté lors du CILE.
- Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, Commission « Violence et santé mentale », Anne Lovell, mars 2005
- WRESINSKI J., février 1987, *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, rapport présenté au nom du Conseil économique et social.

#### ARTICLES

- CÉLANT N, DOURGNON P, GUILLAUME S, PIERRE A, ROCHEREAU T, SERMET C., 2012, L'Enquête santé et protection sociale (ESPS), Premiers résultats. Questions d'économie de la santé (Irdes). <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/198-l-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2012-premiers-resultats.pdf>.
- FÉDÉRATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS D'ACCUEIL ET DE RÉINSERTION SOCIALE, mai 2003, « Maisons-relais : guide montage », *Recueils et documents*, n°22, 27 p.
- PARIZOT I, 2015, La précarité des personnes sans-domicile affecte leur santé dans toutes ses dimensions. Bull Epidémiol Hebd. [http://www.invs.sante.fr/beh/2015/36-37/2015\\_36-37\\_0.htm](http://www.invs.sante.fr/beh/2015/36-37/2015_36-37_0.htm)
- ROUFF Katia, 9 janvier 2003, Les pension de famille, une solution pour des personnes en difficulté, LIEN SOCIAL, N° 648.
- TSA, 2013, « Trouver un lieu de retraite aux SDF vieillissants », n°48.
- VANEL A., MASSOUBRE C., 2011, *Expérience en équipe mobile de psychiatrie et précarité*, « L'information psychiatrique », vol. 87, n°2, pp.83-88.

#### OUVRAGES

- MARICOURT T., 2011, *D'une pension de famille, d'aujourd'hui. Maisons relais et habitat adapté*, Amiens, Edition l'Harmattan / La Licorne (Villes en mouvement), 344 p.

- PACHECO G., 2012, *Mémoire d'oubliés*, Association de gestion de logements accompagnés Nelson Mandela, 96 p.
- RAYSSIGUIER Y., JEGU J., LAFOURCADE M., 2012, *Politiques sociales et de santé : comprendre et agir*, Presses de l'EHESP, 672 p.

## MÉMOIRES

- DESCOURTIEUX H., 2015, *Trop vieux pour la rue, trop jeunes pour la maison de retraite : l'accompagnement des personnes sans domicile fixe vieillissantes dans le département de la Sarthe*, Promotion des Inspecteurs de l'action sanitaire et sociale 2013-2015, Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique, 57 p.
- LEMBO S., 2015, *Les pensions de famille en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : bilan et perspectives*, Promotion des Inspecteurs de l'action sanitaire et sociale 2013-2015, Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique, 72 p.
- MARIONNEAU C., 2009, *Développement, pilotage et évaluation d'un dispositif récent de lutte contre les exclusions : l'exemple des maisons-relais de Lot-et-Garonne*, Promotion des Inspecteurs de l'action sanitaire et sociale 2007-2009, Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique, 62p.
- MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTE PUBLIQUE, 2010, *Quelle articulation, quelle convergence entre précarité et handicap en France et en Europe*, École des Hautes Études en Santé Publique, 54 p.
- MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTE PUBLIQUE, 2012, *Housing first, une nouvelle politique pour les personnes sans-abri*, École des Hautes Études en Santé Publique, 50 p.
- MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTE PUBLIQUE, 2014, *Quel hébergement pour les personnes sans-abri vieillissantes ?*, École des Hautes Études en Santé Publique, 76 p.
- MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTE PUBLIQUE, 2012, *Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes : une politique complexe et ambiguë*, École des Hautes Études en Santé Publique.
- REDAELLI M., mars 2015, *Publics hébergés atteints de troubles psychiques sur l'arrondissement de Lille : quelles coordinations pour quels parcours ?*, Promotion des IASS 2013-2015, Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique.

## SITES INTERNET

- [www.academie-francaise.fr](http://www.academie-francaise.fr)
- [www.cnle.gouv.fr](http://www.cnle.gouv.fr)

- [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
- <http://pays-de-la-loire.drdjscs.gouv.fr/>
- <http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Internet.paysdelaloire.0.html>
- [www.insee.fr](http://www.insee.fr)

---

## LISTE DES ANNEXES

---

1.	LISTE DES ENTRETIENS .....	II
2.	CARTE ADMINISTRATIVE DE LA RÉGION PAYS DE LA LOIRE .....	IV
3.	PLAQUETTE D'INFORMATION SUR LES PENSIONS DE FAMILLE EN PAYS DE LA LOIRE SUITE À L'ENQUÊTE RÉGIONALE .....	V
4.	PANORAMA DES SORTIES.....	IX
5.	CAPACITÉS D'ACCUEIL EN FONCTION DU NOMBRE DE PLACES EN % .....	X
6.	CARACTÉRISTIQUES DU BÂTI DE LA PENSION DE FAMILLE .....	X
7.	FORMATION INITIALE DES HÔTES .....	XI
8.	TABLEAU DES TAUX DE RÉPONSE À L'ENQUÊTE QUANTITATIVE .....	XI
9.	PARC DES PENSIONS DE FAMILLE DES PAYS DE LA LOIRE AU 31 DÉCEMBRE 2014 .....	XII
10.	TABLEAU DES TAUX D'ÉQUIPEMENT .....	XII
11.	TAUX D'ÉVOLUTION DE LA CAPACITÉ DES PLACES EN PENSION DE FAMILLE EN PAYS DE LA LOIRE ENTRE 2009 ET 2014.....	XIII
12.	COMPARAISON DES CAPACITÉS ENTRE STRUCTURES D'HÉBERGEMENT ET PENSION DE FAMILLE ..	XIII
13.	RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DU NOMBRE DE PLACES EN PENSION DE FAMILLE EN RÉGION PAYS DE LA LOIRE, PAR VILLE .....	XIV
14.	NOMBRE DE PENSIONS DE FAMILLE OUVERTES PAR ANNÉE .....	XIV
15.	RÉPARTITION DU PUBLIC DES PENSIONS DE FAMILLE PAR TRANCHES D'ÂGE .....	XV
16.	COMPOSITION FAMILIALE DU PUBLIC EN PENSION DE FAMILLE EN PAYS DE LA LOIRE (EN %) .....	XV
17.	SITUATION ÉCONOMIQUE DU PUBLIC.....	XVI
18.	SITUATIONS ANTÉRIEURES DES RÉSIDENTS .....	XVII
19.	TYPLOGIE DES DIFFICULTÉS SANITAIRES ET SOCIALES.....	XVIII
20.	OBSERVATIONS SUR LA FIN DE VIE .....	XX
21.	SCHÉMA PARCOURS DU RÉSIDENT .....	XXI
22.	PLAQUETTE D'INFORMATION SUR LES PASS EN PAYS DE LA LOIRE (SOURCE : ARS PAYS DE LA LOIRE) .....	XXII

## 1. LISTE DES ENTRETIENS

Fonction	Type de structure	Date
- Hôtes - Gestionnaires - Référent régional FNARS	Journée FNARS « pension de famille » : présentation de l'enquête à venir ; échanges sur l'actualité des pensions de famille – Pension de famille 102 Gambetta, Nantes (44)	9 juin 2015
Hôte	Résidence accueil (53)	25 août 2015
- Hôtes - animateur - Gestionnaire - Résidents	- Résidence sociale - Pension de famille classique - Résidence accueil Le Mans (72)	1 <sup>er</sup> septembre 2015
Hôtes	Pension de famille classique (72)	1 <sup>er</sup> septembre 2015
Responsable de l'unité Ingénierie sociale – partenariat – handicap (IPASS)	DDCS de la Sarthe (72)	4 septembre 2015
Responsable de l'unité Personnes handicapées, Direction de l'accompagnement et des soins (IPASS)	ARS Siège Pays de la Loire	17 septembre 2015
- Hôtes - Résidents	Pensions de famille classiques de Loire-Atlantique (milieu rural, milieu urbain)	21 septembre 2015
- Hôtes - Gestionnaires - Référent régional FNARS	Journée FNARS « pension de famille » : présentation de l'enquête et débats – Pension de famille Montjoie, Le Mans (72)	22 septembre 2015
- Intervenante sociale de la mission Interface 44 - Coordinateur SIAO 44	SIAO 44	23 septembre 2015
Responsable PRAPS Direction de la Qualité et de l'Efficienc	ARS Siège Pays de la Loire	28 septembre 2015



<b>Responsable « promotion de la santé et prévention »</b>	Délégation territoriale de l'ARS Sarthe (72)	30 septembre 2015
<b>Responsable de l'unité Solidarité-logement – coordination du PDALPD</b>	Conseil départemental du Maine et Loire (49)	5 octobre 2015
<b>Coordinateur</b>	SIAO Maine-et-Loire (49)	5 octobre 2015
- <b>Hôte</b> - <b>Gestionnaire</b>	Pension de famille « personnes vieillissantes » - Loire-Atlantique (44)	12 octobre 2015
- <b>Coordinateur SIAO</b> - <b>Chargé de mission « Hébergement logement »</b>	- SIAO 85 - DDCS de Vendée	13 octobre 2015
- <b>Chef de projet logement</b> - <b>Chargé de mission Politique d'accès au logement – logement accompagné</b>	- Direction interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement - Direction générale de la cohésion sociale  Paris, ministère du logement, de l'égalité des territoires et de la ruralité	14 octobre 2015
<b>Responsable Unité Accompagnement des personnes vulnérables, responsable hébergement-logement</b>	DRJSCS Pays de la Loire	19 octobre 2015
- <b>Directeur général de l'association L'Escale</b> - <b>Directrice EHPAD</b>	Association L'Escale, La Rochelle (17)	4 novembre 2015

## 2. CARTE ADMINISTRATIVE DE LA RÉGION PAYS DE LA LOIRE



### 3. PLAQUETTE D'INFORMATION SUR LES PENSIONS DE FAMILLE EN PAYS DE LA LOIRE SUITE À L'ENQUÊTE RÉGIONALE



DRJSCS DES PAYS DE LA LOIRE  
PÔLE COHÉSION SOCIALE

Enquête portant sur les  
données 2014

Date de publication :  
octobre 2015

## LES PENSIONS DE FAMILLE EN PAYS DE LA LOIRE



Dans cette étude :

Éléments de définition	1
Objectifs et méthodes	1
Volume de l'offre	2
Répartition géographique	2
Caractéristiques socio-démographiques du public	3
Les hôtes	3
Participation des usagers	3
Problématiques sanitaires et sociales	4
Gestion de la fin de vie	4

### ÉLÉMENTS DE DÉFINITION

#### LES PENSIONS DE FAMILLE « CLASSIQUES »

Expérimentées en 1997, puis généralisées par la circulaire du 10 décembre 2002, les **pensions de famille** (ex maisons-relais) ont été renforcées par la loi de programmation sur la cohésion sociale du 18 janvier 2005. Modalité particulière de **résidence sociale**, elles sont destinées à l'accueil de personnes au faible niveau de ressources, dans une situation d'exclusion lourde et dont la situation sociale, psychologique, voire psychiatrique, rend impossible l'accès au logement.

**OBJECTIF** : proposer un logement **sans condition de durée** tout en étant accompagné dans le but de devenir ou redevenir un citoyen intégré dans son environnement et, dans l'idéal, d'accéder à un logement de droit commun.

#### LES RÉSIDENCES ACCUEIL

**Type particulier** de pension de famille, elles ont été expérimentées en 2006 et inscrites dans le Code de la construction et de l'habitat depuis la loi MOLLE de 2009. Elles ciblent un public ayant un **handicap psychique**.

**SPÉCIFICITÉS** : offrir un **accompagnement sanitaire et social** aux résidents, organisé dans le cadre de partenariats formalisés par des conventions avec le secteur psychiatrique et un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou un accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

#### FINANCEMENT

→ Le fonctionnement est financé par une subvention de l'État plafonnée à 16€ par jour et par place.

→ Certaines structures ont un financement supplémentaire du conseil départemental.

→ L'investissement est financé via les prêts locatifs aidés d'intégration et des subventions à mobiliser.

### OBJECTIFS ET MÉTHODES

#### OBJECTIFS

- Faire un bilan du dispositif 13 ans après sa création
- Réaliser une photographie du public logé en pension de famille
- Evaluer l'adéquation entre la population effectivement accueillie et la population théoriquement visée par le dispositif

#### MÉTHODES

- L'enquête a été divisée en 2 temps :
- Une **étude quantitative** sous la forme d'un questionnaire envoyé aux 42 structures de la région (juin 2015)
  - Une **enquête qualitative** sous forme d'entretiens avec les acteurs liés au dispositif

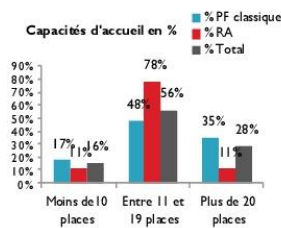
#### TAUX DE RÉPONSE

**76%** (soit 23 pensions de famille classiques sur 33 et 9 résidences accueil sur 9).



## LES PENSIONS DE FAMILLE EN PAYS DE LA LOIRE

### VOLUME DE L'OFFRE



■ **Volume de l'offre** : Au 31 décembre 2014, le parc des pensions de famille des Pays de la Loire était de 651 places pour 42 structures, soit :

- 33 pensions de famille classiques (521 places)
- 9 résidences accueil (130 places).

Le département qui dispose du plus de places est celui de la **Loire-Atlantique** avec 235 places et 15 structures. Il représente 36% de la capacité régionale. Celui qui en dispose le moins est celui de la **Mayenne** avec 58 places et 3 structures et représente 9% de la capacité régionale.

■ **Taux d'équipement** : Les taux d'équipement en pension de famille sont satisfaisants sur la région avec 0.36 places de pension de famille classique pour 1000 personnes. Le taux le plus bas de la région est celui de la **Vendée** (0.32), le plus élevé est celui de la **Mayenne** (0.39).

■ **Capacités d'accueil** : Le taux d'évolution du nombre de places est de + 70% entre 2009 et 2014.

- Plus de la moitié des pensions de famille dispose de 11 à 19 places.

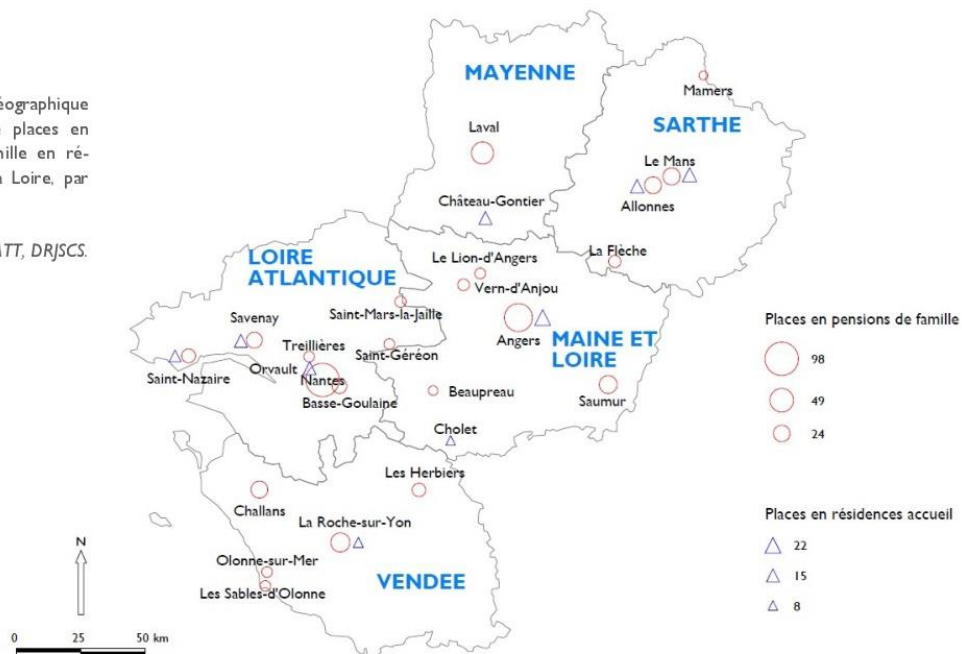
- La plus petite structure accueille 8 personnes, la plus importante 33.

• Ces proportions coïncident avec les orientations ministérielles qui préconisent de **privilégier les structures de petites tailles** (15 à 25 places) pour permettre au résident de bien s'intégrer, et à l'hôte d'assurer ses missions dans de bonnes conditions. Néanmoins, elle insiste sur le fait que des structures trop petites (moins de 10 places) peuvent se montrer difficiles à équilibrer sur le plan financier

### RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Répartition géographique du nombre de places en pension de famille en région Pays de la Loire, par commune.

Source : MATT, DRJSCS.



## ENQUÊTE PORTANT SUR LES DONNÉES 2014

### CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DU PUBLIC

■ **Classes d'âge** : Un public plus jeune en résidence-accueil qu'en pension de famille classique.

- Plus de la moitié du public logé en pension de famille classique a **plus de 50 ans**,
- Tandis que trois quart du public des résidences accueil ont entre 25 et 49 ans.

■ **Composition familiale** : Quelque soit le type de pension de famille, les **hommes isolés** sont très majoritaires (environ ¾ du public) avant les femmes isolées qui représentent environ ¼ du public.

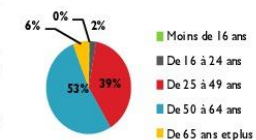
■ **Situation professionnelle** :

- La majorité des résidents est **sans activité**.
- Deuxième situation professionnelle la plus rencontrée : → En **pension de famille classique** : ce sont les **demandeurs d'emploi** (19% du public) → En **résidence accueil** : ce sont les personnes ayant une **activité professionnelle protégée** de type ESAT (11% du public)

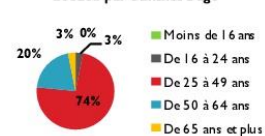
■ **Situation antérieure** :

- En **pension de famille classique** : → 23% des personnes proviennent d'un **dispositif d'hébergement** → 15% des personnes sortent d'une **hospitalisation** de plus de trois mois en service psychiatrique
- En **résidence accueil** : → 28% des habitants sortent d'une **hospitalisation** de plus de trois mois en service psychiatrique → 21% des personnes habitaient dans le **parc privé**

Répartition du public des pensions de famille classiques par tranches d'âge



Répartition du public des résidences accueil par tranches d'âge



### LES HÔTES

■ **Volume** : 69 personnes (soit 67,4 ETP) dont 20 travaillent en **résidence accueil** et 49 en **pension de famille classique**. La majorité des hôtes travaille en **binôme** ou plus. Seules 4 personnes déclarent être le seul hôte de la structure. En moyenne, ils sont présents dans la structure depuis **3 à 4 ans**.

87% des hôtes en pension de famille et 100% en résidence accueil n'avaient jamais exercé cette fonction auparavant.

D'autres professionnels exercent dans l'établissement dans un grand nombre de pensions de famille (agents d'entretien, personnel de direction, personnel de santé).

On dénombre **peu de bénévoles** (10 dans la région, dont 6 en Loire-Atlantique et aucun n'intervient en résidence-accueil).

Il ressort de l'enquête que les hôtes sont présents en majorité « tous les jours du lundi au vendredi, en journées entières » ainsi que le samedi.

■ **Formation** : La majorité des professionnels sont issus d'une **formation en travail social** et ont bénéficié d'une formation complémentaire depuis leur prise de poste (principalement sur les problématiques sanitaires).

- Sur les troubles psychiques
- Sur les addictions
- Sur l'accompagnement des personnes en fin de vie
- Sur l'accompagnement des personnes vieillissantes

« La vie de la maison s'éteint quand les hôtes ne sont pas là »

Un résident de pension de famille

### PARTICIPATION DES USAGERS

■ **Conseil de concertation** : 91% des pensions de famille classiques et 100% des résidences accueil disposent d'un conseil de concertation.

Dans plus de la moitié des cas, la participation y est considérée comme forte. Toutefois, cela n'illustre pas une démarche spontanée des résidents puisque dans 65% des pensions de famille classiques et 67% des résidences

accueil, la présence des résidents à ces réunions est obligatoire.

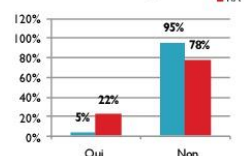
■ **Implication dans les activités collectives et animations**

La participation des usagers n'est pas obligatoire dans une grande majorité des pensions de famille. Leur implication varie selon le type de structures, le nombre de résidents, selon que les logements sont diffus ou

non.

Il ressort de l'enquête qualitative que les résidents sortent peu de la pension de famille quand l'hôte n'est pas présent. « Ils ont besoin d'être stimulés en permanence, sinon ils s'isolent facilement » rapporte un hôte.

La participation aux activités collectives est-elle obligatoire ?





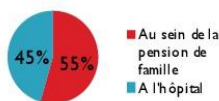


- Il ressort de cette étude que les principales difficultés auxquelles sont confrontées les hôtes et gestionnaires de ces structures sont les **problématiques de santé et de vieillissement précoce**.
- Elles sont prégnantes avant l'arrivée du pensionnaire, à son arrivée, pendant qu'il y vit et quand il sort de la pension de famille.

« L'intégralité de nos pensionnaires ont des problématiques de santé lourdes et la plupart du temps, plurielles »

Un hôte d'une pension de famille

Lieux des décès recensés en 2014



Date de publication :  
octobre 2015

## PROBLÉMATIQUES SANITAIRES ET SOCIALES

### ■ Typologie des difficultés les plus courantes :

- Les addictions (pour 83% des pensions de famille classiques et 100% des résidences-accueil)
- Les troubles psychiques
- Les pathologies lourdes et invalidantes (3/4 des structures se déclarent concernées)
- Les situations de vieillissement précoce des résidents

Un grand nombre de pensionnaires bénéficie d'une mesure de protection juridique.

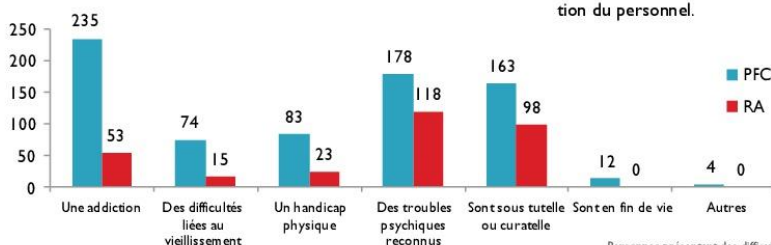
### ■ Motif de perte du logement antérieur :

- **Raisons de santé** : pour 89% des personnes logées en résidence accueil, soit 34 personnes sur 38 et 33% des personnes logées en pension de famille classique, soit 21 personnes sur 63.
- **Expulsion de la personne** : pour 22% des résidents de pension de famille classique et 11% des personnes logées en résidence accueil.

### ■ La mise en place d'actions spécifiques face aux problématiques de santé :

- La plupart des pensions de famille classiques ont mis en place des actions concernant les addictions, les troubles psychiques et le vieillissement.
- 100% des résidences accueil ont mis en place des actions sur les troubles psychiques

Ces actions recourent majoritairement des **partenariats** avec des structures spécifiques à la problématique en question ou des **formations** à destination du personnel.



Personnes présentant des difficultés sanitaires et sociales (en nombre de personnes)

## GESTION DE LA FIN DE VIE

### ■ Un nombre significatif de décès en pension de famille classique en 2014 :

- 1 pension de famille classique sur 2 a été confrontée à au moins un décès en 2014 (soit 11 personnes).
- 55% de ces décès ont eu lieu au sein même de la structure (soit 6 personnes).

### ■ Absence de pratiques d'accompagnement des personnes en fin de vie : Dans près de 90% des structures, aucune pratique d'accompagnement des personnes en fin de vie n'a été mise en place.

Très peu de professionnels ont été formés ou sensibilisés à l'accompagnement de la fin de vie.

### ■ Perception de cette problématique par les hôtes :

- 65% des hôtes de pension de famille classique considèrent qu'il existe un besoin de formation ou de sensibilisation à l'accompagnement de la fin de vie.
- 40% des structures disent considérer que les situations de fin de vie en pension de famille vont être « de plus en plus fréquentes ».

La gestion de la fin de vie ne s'arrête pas au décès des résidents. « Les pensionnaires nous indiquent leurs dernières volontés mais nous n'avons pas les leviers juridiques pour les faire appliquer » rapporte un hôte.

Il ressort de l'enquête qualitative que la gestion des obsèques n'est pas rare dans les pensions de famille.

Les hôtes doivent également préserver l'équilibre du collectif. Les décès ont tendance à déstabiliser les résidents et à leur rappeler leur propre isolement.

Plaquette d'information issue du rapport d'étude sur les pensions de famille en région Pays de la Loire, téléchargeable sur le site de la DRJSCS

DRJSCS des Pays de la Loire

Pôle cohésion sociale

Unité Accompagnement des populations vulnérables

9 rue René Viviani

CS 46205

44262 Nantes Cedex

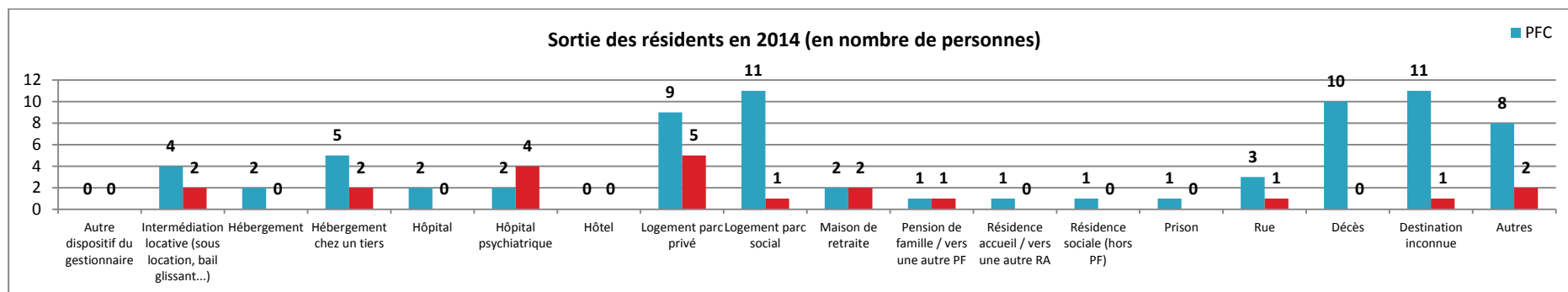
Téléphone : 02 40 12 87 08

Messagerie : drjscs44-cohesion-sociale@drjscs.gouv.fr



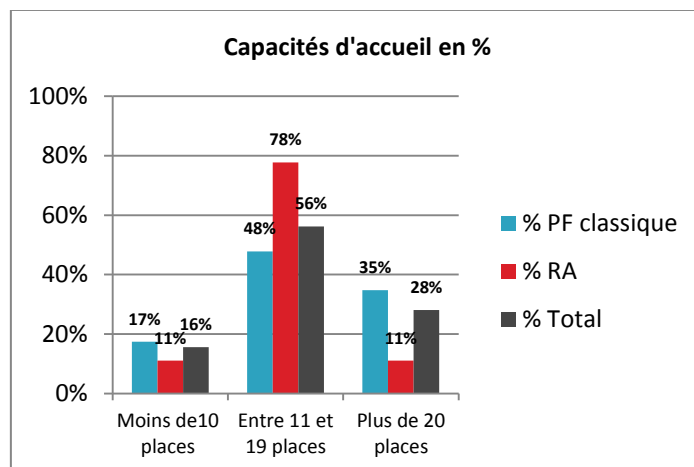
[www.pays-de-la-loire.drjscs.gouv.fr](http://www.pays-de-la-loire.drjscs.gouv.fr)

#### 4. PANORAMA DES SORTIES



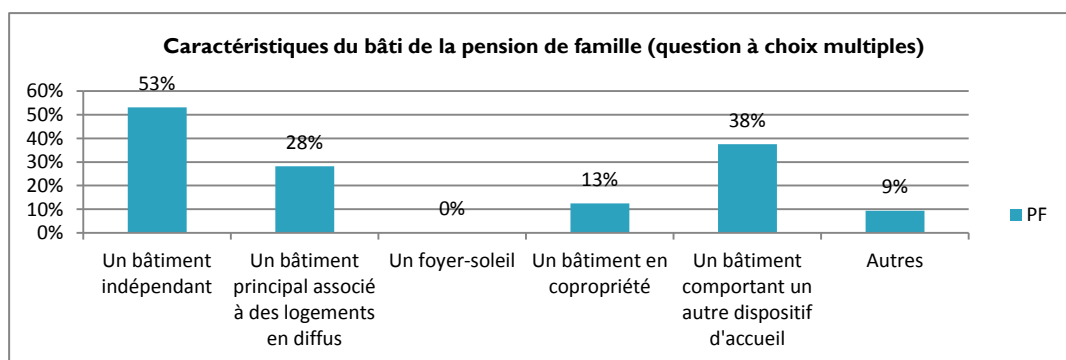
Source : DRJSCS Pays de la Loire, octobre 2015, Les pensions de famille en Pays de la Loire : Étude régionale 2014.

## 5. CAPACITÉS D'ACCUEIL EN FONCTION DU NOMBRE DE PLACES EN %



Source : DRJSCS Pays de la Loire, octobre 2015, Les pensions de famille en Pays de la Loire : Étude régionale 2014.

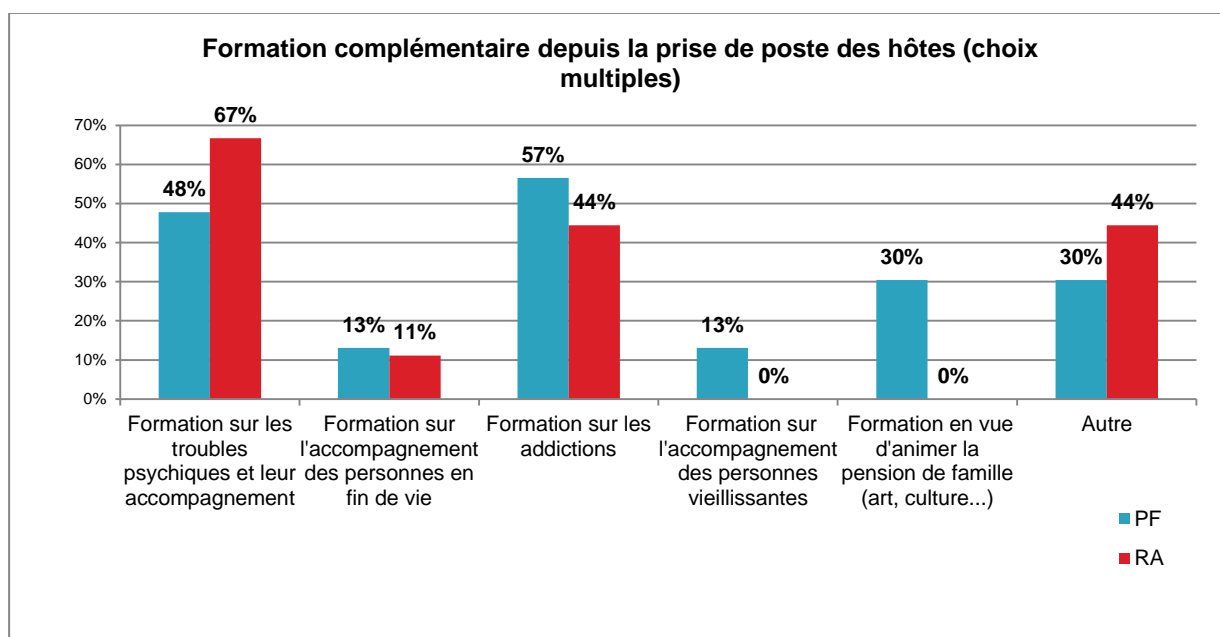
## 6. CARACTÉRISTIQUES DU BÂTI DE LA PENSION DE FAMILLE



Source : DRJSCS Pays de la Loire, octobre 2015, Les pensions de famille en Pays de la Loire : Étude régionale 2014.



## 7. FORMATION INITIALE DES HÔTES



Source : DRJSCS Pays de la Loire, octobre 2015, Les pensions de famille en Pays de la Loire : Étude régionale 2014.

## 8. TABLEAU DES TAUX DE RÉPONSE À L'ENQUÊTE QUANTITATIVE

	Pourcentage de réponse des PF classiques	Pourcentage de réponse des RA	Pourcentage de réponse total
44	75%	100%	80%
49	56%	100%	64%
53	100%	100%	100%
72	75%	100%	83%
85	67%	100%	71%
<b>RÉGION</b>	<b>70%</b>	<b>100%</b>	<b>76%</b>

Source : DRJSCS Pays de la Loire, octobre 2015, Les pensions de famille en Pays de la Loire : Étude régionale 2014.

## 9. PARC DES PENSIONS DE FAMILLE DES PAYS DE LA LOIRE AU 31 DÉCEMBRE 2014

DPT	NOMBRE DE STRUCTURES			CAPACITÉ EN PLACES			POIDS RÉGIONAL PAR TERRITOIRE (TOTAL)
	NOMBRE DE PENSIONS DE FAMILLE CLASSIQUES	NOMBRE DE RÉSIDENCES ACCUEIL	NOMBRE TOTAL	CAPACITÉ EN PLACES EN PF CLASSIQUE	CAPACITÉ EN PLACES EN RA	CAPACITÉ EN PLACES TOTALE	
44 – LOIRE-ATLANTIQUE	12	3	15	193	42	235	36%
49 – MAINE ET LOIRE	9	2	11	121	30	151	23%
53 – MAYENNE	2	1	3	43	15	58	9%
72 – SARTHE	4	2	6	71	34	105	16%
85 – VENDÉE	6	1	7	93	9	102	16%
PAYS DE LA LOIRE	33	9	42	521	130	651	100%
CAPACITÉ EN PLACES EN PF AU PLAN NATIONAL						14038	

Source : DRJSCS Pays de la Loire, octobre 2015, Les pensions de famille en Pays de la Loire : Étude régionale 2014.

## 10. TABLEAU DES TAUX D'ÉQUIPEMENT

DONNÉES 2014	POPULATION 20-59 ANS (SOURCE INSEE, ESTIMATIONS DE POPULATION AU 1ER JANVIER 2013)	TAUX D'ÉQUIPEMENT PF (POUR 1000 PERSONNES DE 20 À 59 ANS)	TAUX D'ÉQUIPEMENT RA (POUR 1000 PERSONNES DE 20 À 59 ANS)
44 – LOIRE-ATLANTIQUE	684 941	0.34	0.06
49 – MAINE ET LOIRE	401 666	0.38	0.07
53 – MAYENNE	149 219	0.39	0.10
72 – SARTHE	280 325	0.37	0.12
85 – VENDÉE	316 901	0.32	0.03
PAYS DE LA LOIRE	1 833 052	0.36	0.07

Source : DRJSCS Pays de la Loire, octobre 2015, Les pensions de famille en Pays de la Loire : Étude régionale 2014.

## 11. TAUX D'ÉVOLUTION DE LA CAPACITÉ DES PLACES EN PENSION DE FAMILLE EN PAYS DE LA LOIRE ENTRE 2009 ET 2014

	Capacité au 31/12/2009	Capacité au 31/12/2014
Capacité totale (toutes pensions de famille confondues)	385	651
Capacité des PF classiques	343	521
Capacité des résidences accueil	42	130

Source : DRJSCS Pays de la Loire, octobre 2015, Les pensions de famille en Pays de la Loire : Étude régionale 2014.

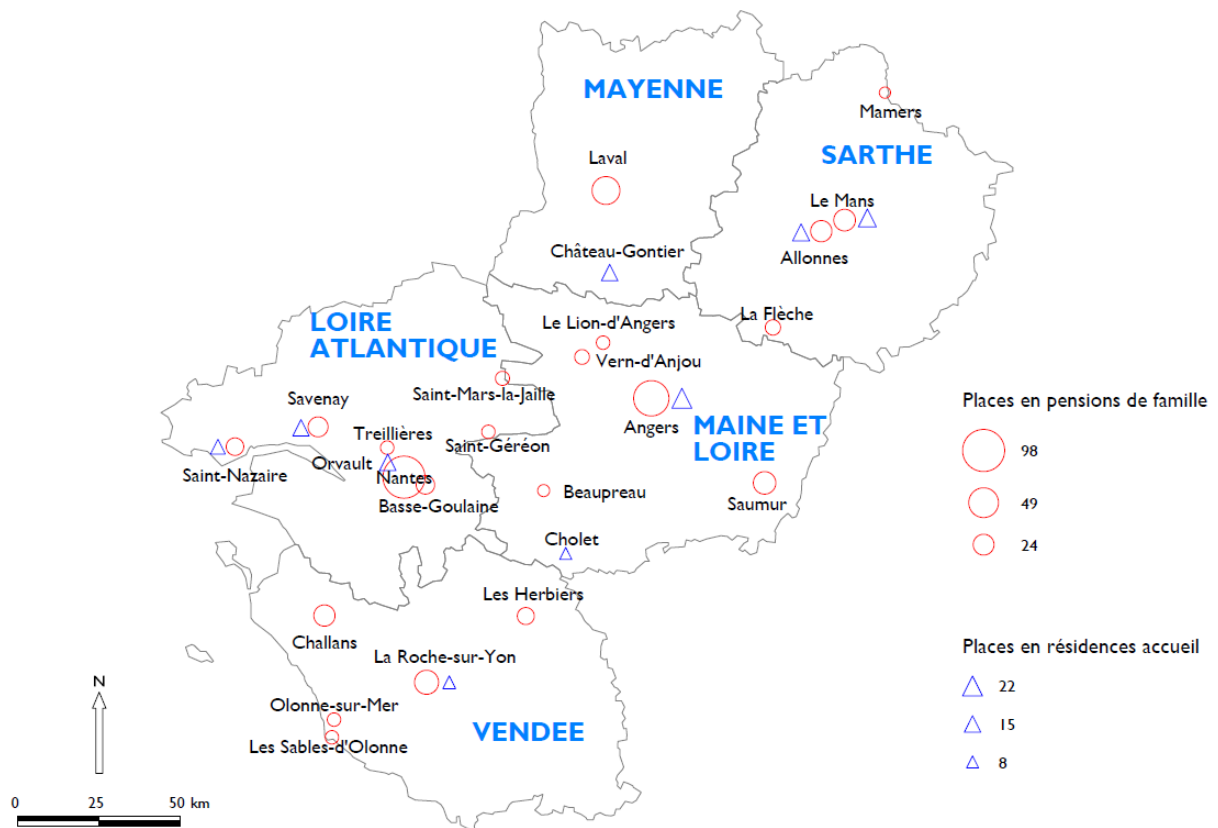
## 12. COMPARAISON DES CAPACITÉS ENTRE STRUCTURES D'HÉBERGEMENT ET PENSION DE FAMILLE

Nb de places au 31/12/2014 <sup>164</sup>	EN CHRS	HORS CHRS	TOTAL
Hébergement d'urgence	218	400	618
Hébergement de stabilisation	267	64	1341
Hébergement d'insertion	1277	195	462
<b>TOTAL</b>	1762	659	2421
<b>PENSION DE FAMILLE</b>	<b>651</b>		
<b>TOTAL DES PLACES TOUTES CATÉGORIES CONFONDUES</b>	<b>3072</b>		

Source : DRJSCS Pays de la Loire, octobre 2015, Les pensions de famille en Pays de la Loire : Étude régionale 2014.

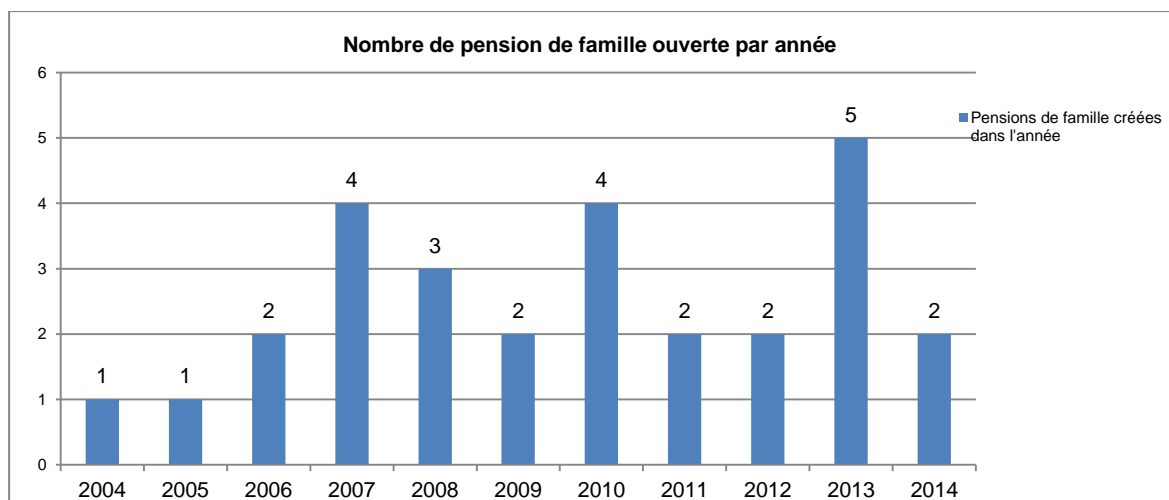
<sup>164</sup> Données DRJSCS Pays de la Loire.

### 13. RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DU NOMBRE DE PLACES EN PENSION DE FAMILLE EN RÉGION PAYS DE LA LOIRE, PAR VILLE



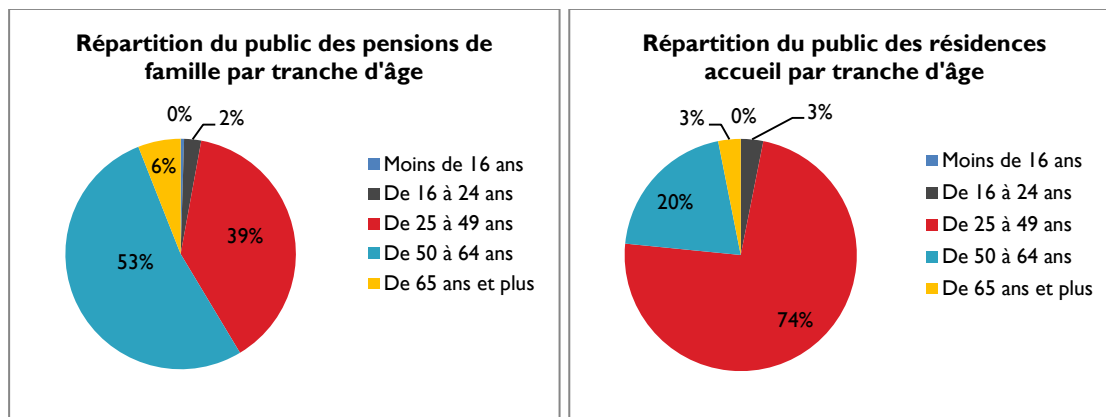
Source : Mission d'appui territoriale transversale, DRJSCS, 2015, réalisée pour l'étude régionale pension de famille en Pays de la Loire en 2014.

### 14. NOMBRE DE PENSIONS DE FAMILLE OUVERTES PAR ANNÉE



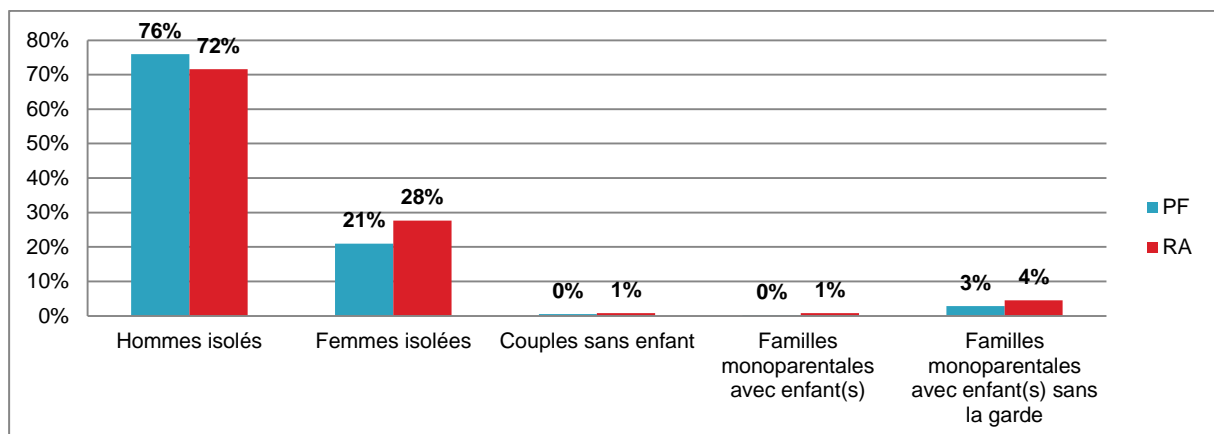
Source : DRJSCS Pays de la Loire, octobre 2015, Les pensions de famille en Pays de la Loire : Étude régionale 2014.

## 15. RÉPARTITION DU PUBLIC DES PENSIONS DE FAMILLE PAR TRANCHES D'ÂGE



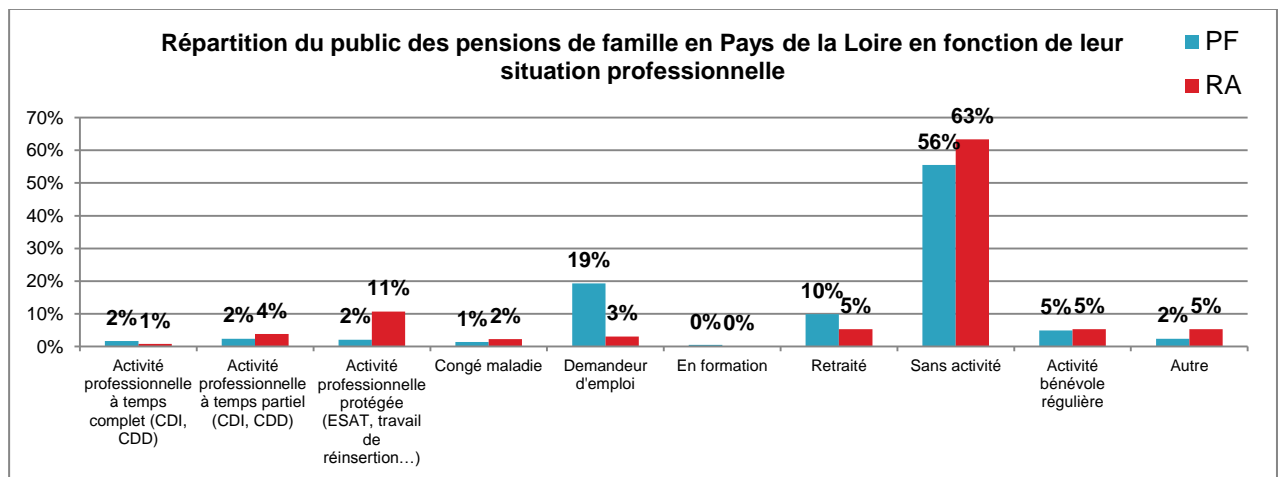
Source : DRJSCS Pays de la Loire, octobre 2015, Les pensions de famille en Pays de la Loire : Étude régionale 2014.

## 16. COMPOSITION FAMILIALE DU PUBLIC EN PENSION DE FAMILLE EN PAYS DE LA LOIRE (EN %)



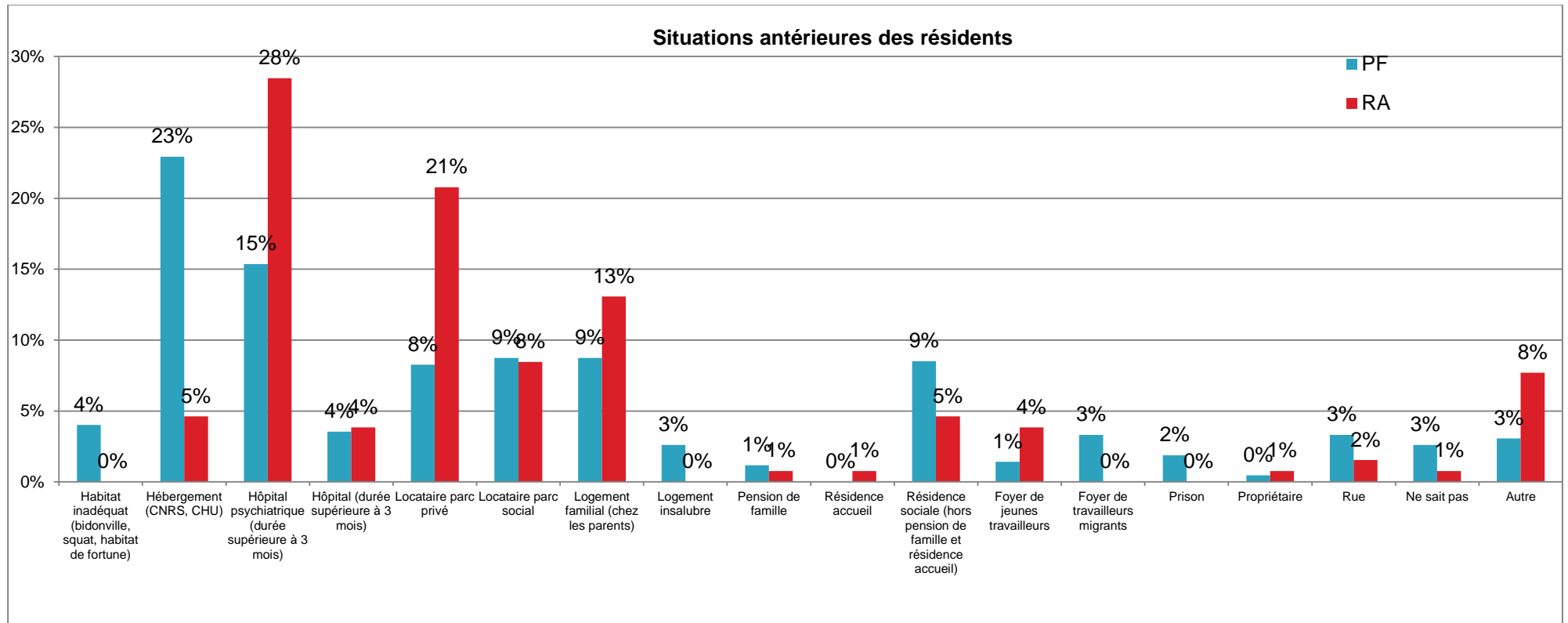
Source : DRJSCS Pays de la Loire, octobre 2015, Les pensions de famille en Pays de la Loire : Étude régionale 2014.

## 17. SITUATION ÉCONOMIQUE DU PUBLIC



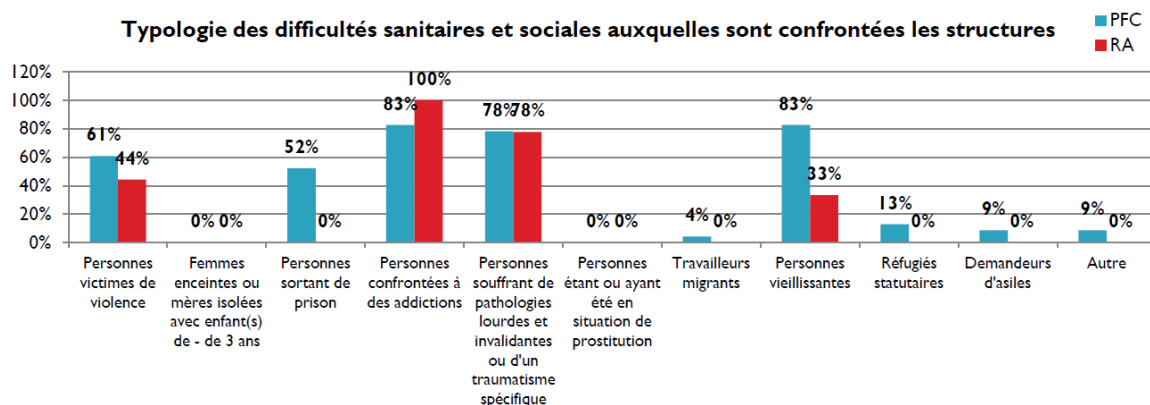
Source : DRJSCS Pays de la Loire, octobre 2015, Les pensions de famille en Pays de la Loire : Étude régionale 2014.

## 18. SITUATIONS ANTÉRIEURES DES RÉSIDENTS



Source : DRJSCS Pays de la Loire, octobre 2015, Les pensions de famille en Pays de la Loire : Étude régionale 2014.

## 19. TYPLOGIE DES DIFFICULTÉS SANITAIRES ET SOCIALES



### A. ADDICTIONS

	PENSION DE FAMILLE CLASSIQUE	RÉSIDENCE ACCUEIL
Proportion de résidents concernés par des addictions	56%	17%
Proportion des structures ayant mis en place des actions spécifiques	96% (22 PF sur 23)	67% (6 RA sur 9)
Dont structures ayant mis en place des partenariats spécifiques (associations spécialisées, professionnels médicaux...)	77%	83%
Dont structures ayant proposé une formation sur les addictions à leur hôte	64%	33%



## B. TROUBLES PSYCHIQUES

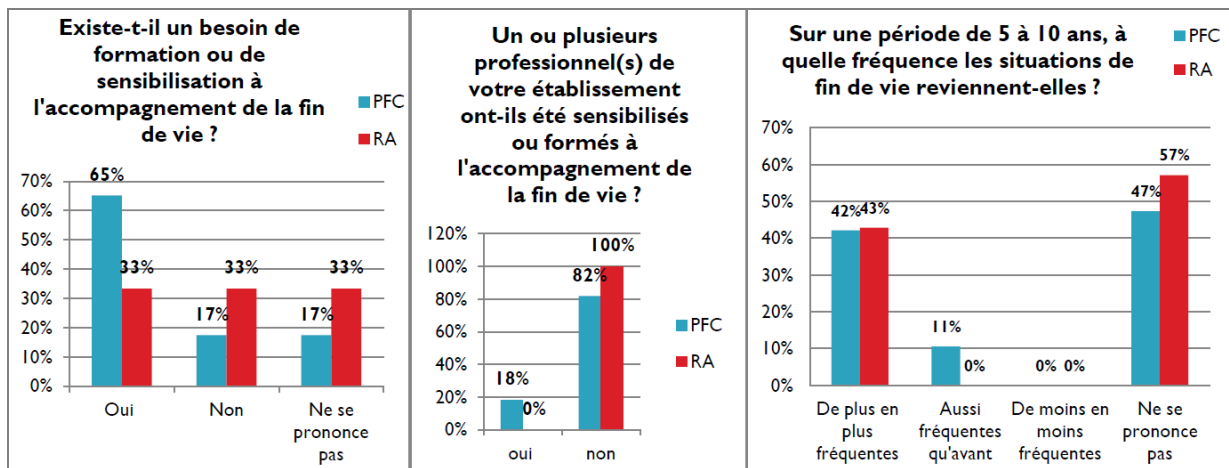
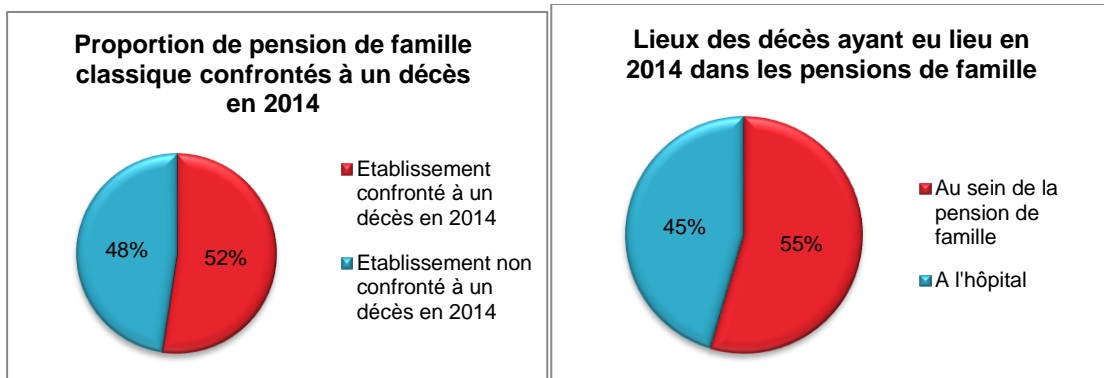
	PENSION DE FAMILLE CLASSIQUE	RÉSIDENCE ACCUEIL
Proportion de résidents concernés par des troubles psychiques	42%	91%
Proportion des structures ayant mis en place des actions spécifiques	86% (soit 19 PFC sur 22 ayant répondu)	100% (soit 9 RA)
Dont structures ayant mis en place des partenariats spécifiques (associations spécialisées, professionnels médicaux...)	74% (17 PFC sur 23)	56%
Dont structures ayant proposé une formation sur les troubles psychiques à leur hôte	61%	22%

## C. VIEILLISSEMENT

	PENSION DE FAMILLE CLASSIQUE	RÉSIDENCE ACCUEIL
Proportion de résidents concernés par le vieillissement	17%	11%
Proportion des structures ayant mis en place des actions spécifiques	71% (15 PFC sur 21 ayant répondu)	22% (2 RA sur 9)
Dont structures ayant mis en place des partenariats spécifiques (associations spécialisées, professionnels médicaux...)	65% (15 PFC)	22% (2 RA)
Dont structures ayant proposé une formation sur les addictions à leur hôte	9%	0%
Adaptation des locaux	17% (4 PFC)	0%

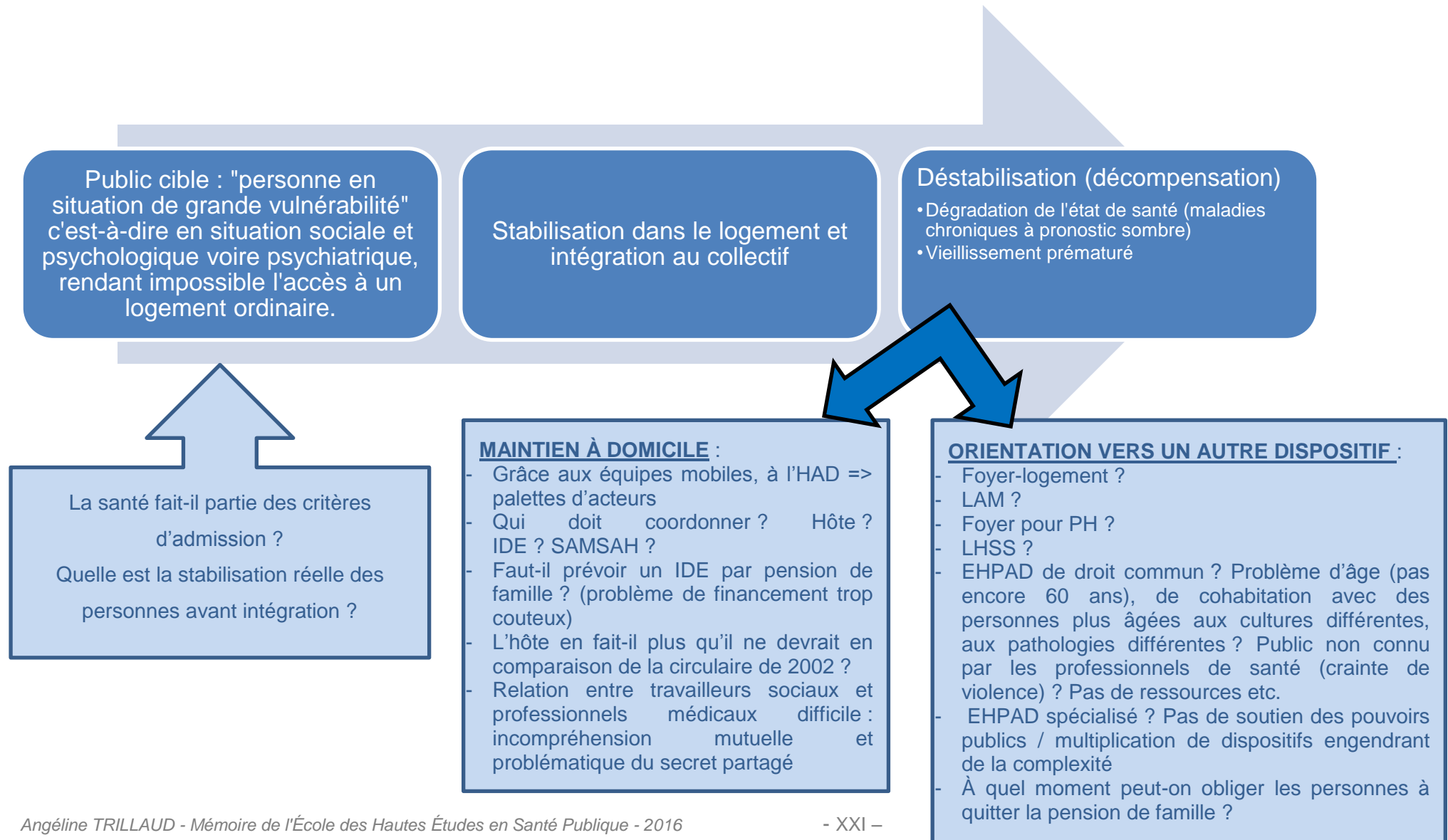
Source : DRJSCS Pays de la Loire, octobre 2015, Les pensions de famille en Pays de la Loire : Étude régionale 2014.

## 20. OBSERVATIONS SUR LA FIN DE VIE



Source : DRJSCS Pays de la Loire, octobre 2015, Les pensions de famille en Pays de la Loire : Étude régionale 2014.

## 21. SCHÉMA PARCOURS DU RÉSIDENT




22. PLAQUETTE D'INFORMATION SUR LES PASS EN PAYS DE LA LOIRE  
(SOURCE : ARS PAYS DE LA LOIRE)

Difficulté d'accès aux soins  
Patients sans couverture sociale (ou incomplète)  
en difficulté d'orientation  
désocialisés..

# Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé

Les  
**PASS**  
des Pays de la Loire




*Leur rôle :*

- ▶ garantir à tous un accès à des soins de qualité
- ▷ réduire les inégalités sociales de santé
- ▶ orienter les patients dans le parcours de soins
- ▶ éviter les recours inadaptés aux urgences et hospitalisations inutiles
- ▶ assurer un lien entre la ville et l'hôpital
- ▷ être un des observatoires de la santé

*Leurs objectifs :*

- ▶ l'accueil
- ▷ l'accès aux soins
- ▶ l'accès aux droits
- ▶ la prévention
- ▷ la réorientation vers la médecine de ville





Les 17 PASS de la région Pays de la Loire sont des cellules de prise en charge médico-sociales rattachées à des établissements hospitaliers.  
La coordination régionale est rattachée au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes.

### Mayenne

PASS CH Nord Mayenne  
Service social hospitalier  
229 bd Paul Lintier  
CS 60102  
Tél : 02 43 08 76 09  
pass@ch-mayenne.fr

PASS CH Laval  
Tél : 02 43 08 76 09  
Service social hospitalier  
33 rue du Haut Rocher  
BP 1525  
53015 LAVAL Cedex  
Tél : 02 43 66 50 12  
pass.laval@chilaval.fr

PASS CH du Haut Anjou  
1 quai Georges Lefèvre BP50405  
53202 CHATEAU-GONTIER Cedex  
Tél : 02 43 09 33 33  
pass.chateaugontier@ch-hautanjou.fr

### Loire-Atlantique

CHU de Nantes- Consultation Jean Guillon  
Bâtiment Le Tourville - 1er étage  
5 rue Professeur Yves Boquien  
44093 NANTES CEDEX 1  
Tél : 02 40 08 42 16  
pass@chu-nantes.fr

PASS CH Châteaubriant  
Service social hospitalier  
Rue de Verdun  
44116 CHATEAUBRIANT  
Tél : 02 40 55 88 01  
pass@ch-chateaubriant.fr

PASS CH Ancenis  
Service social hospitalier  
160 rue du Verger  
44156 ANCENIS  
Tél : 02 40 09 44 30  
pass@ch-ancenis.fr

PASS CH Saint Nazaire  
11 bd Charpak  
BP 414  
44606 SAINT-NAZAIRE cedex  
Tél : 02 72 27 80 65  
secretariat.pass@ch-saintnazaire.fr

### Sarthe

PASS Pôle Santé Sarthe et Loir  
social hospitalier  
La chasse du point du jour  
CS 10129 - Le Baillieu  
72205 La Flèche CEDEX  
Tél : 02 44 71 31 17  
pass@pole-pssl.fr

PASS CH de Château du Loir  
Service social hospitalier  
5 rue St Martin  
72500 CHATEAU DU LOIR  
Tél : 02 43 44 77 27  
social@chateauuloir.fr

PASS CH Le Mans  
194 avenue Rubillard  
72037 LE MANS Cedex 9  
Tél : 02 43 43 27 43  
pass@ch-hemans.fr

PASS CH Paul Chapon  
56 avenue Pierre Brûlé  
72400 LA FERTE BERNARD  
Tél : 02 43 71 61 02  
pass-lafertebernard@ch-laferte-bernard.fr

### Maine-et-Loire

PASS CHU d'Angers  
Service social hospitalier  
4 rue Larrey  
49933 ANGERS CEDEX 9  
Tél : 02 41 35 54 67  
pass@chu-angers.fr

PASS CH Saumur  
Route de Fontevraud  
49403 SAUMUR Cedex  
Tél : 02 41 53 35 02  
Secretariat.pass@ch-saumur.fr

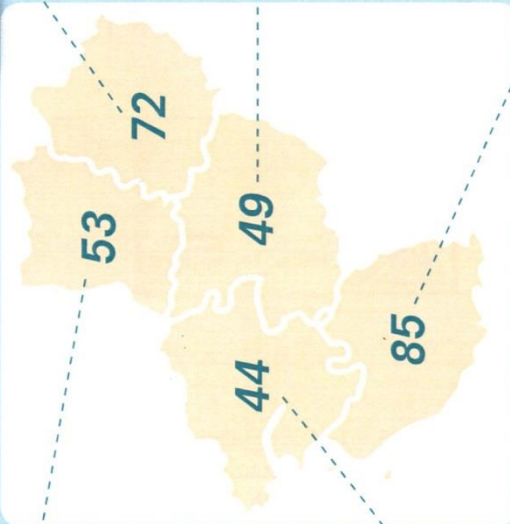
PASS CH Cholet  
Service social hospitalier  
1 rue Marengo  
49325 CHOLET Cedex  
Tél : 02 41 49 66 40  
service.social@ch-cholet.fr

### Vendée

PASS CHD La Roche sur Yon  
Les Oudairies  
85925 LA ROCHE SUR YON  
Tél : 02 51 44 61 41  
pass.chd@chd-vendee.fr

PASS CH Fontenay-le-Comte  
Service social hospitalier  
40 rue Rabelais  
85200 FONTENAY-LE-COMTE  
Tél : 02 51 53 28 14  
pass.fic@chfontenaylecomte.fr

PASS CH Loire Vendée Océan  
219 Bd Guérin - BP  
85302 CHALLANS Cedex 1  
Tél : 02 51 49 50 33  
pass@ch-vo.fr





TRILLAUD

Angéline

Mars 2016

## **Filière Inspecteur de l'action sanitaire et sociale**

Promotion 2014-2016

# **L'ACCOMPAGNEMENT SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIAL DU PUBLIC LOGÉ EN PENSION DE FAMILLE EN PAYS DE LA LOIRE : ÉTAT DES LIEUX ET PISTES D'ACTION**

### **Résumé :**

Forme de logement adapté, les pensions de famille, habitats durables alliant logements individuels et espace collectif, se sont rapidement imposés comme étant une alternative efficace et pérenne à l'hébergement d'urgence. Destinées à des personnes en situation d'exclusion chronique ayant connu des parcours de rue et inaptes à vivre en autonomie complète, elles ont convaincu par leur souplesse et sont rapidement montées en charge. Leur développement est toujours d'actualité, notamment dans le cadre du plan triennal de réduction des nuitées hôtelières.

Après avoir réalisé une étude quantitative et qualitative des pensions de famille en Pays de la Loire dans le cadre de mon stage à la DRJSCS, et en s'appuyant sur des recherches documentaires, il apparaît que la première difficulté de ces structures concernerait l'accompagnement sanitaire des pensionnaires. Cette problématique se concrétise par une coordination du parcours de santé défaillante et des freins à l'orientation des personnes vers des structures spécialisées. L'analyse des dysfonctionnements et des questions que posent l'accompagnement et la prise en charge sanitaire des personnes en situation de grande vulnérabilité précèdera des propositions de pistes d'action.

### **Mots clés :**

HOUSING FIRST ; LOGEMENT ADAPTE ; RÉSIDENCE SOCIALE ; PENSION DE FAMILLE ; MAISON RELAIS ; RÉSIDENCE ACCUEIL ; LUTTE CONTRE L'EXCLUSION SOCIALE ; ACCÈS AU LOGEMENT ; ACCÈS AUX SOINS ; PARCOURS DE SANTE ; COORDINATION DES ACTEURS ; PAYS DE LA LOIRE

*L'École des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*