



Inspecteur de l'action sanitaire et sociale

Promotion Coluche (2014 – 2016)

**Les pensions de famille à l'épreuve de
la santé et du vieillissement de leurs
résidents : constats et perspectives
d'évolution en Bretagne**

Marie GED LAFON

R e m e r c i e m e n t s

A l'origine de ce mémoire, se trouve Jean-Luc PRIGENT, mon maître de stage, directeur adjoint à la DRJSCS Bretagne. Ses conseils, ses questions, son regard avisé et bienveillant ont jalonné toute cette étude. Au-delà des nombreux moyens mobilisés pour les recherches et investigations, je lui suis reconnaissante pour son accueil et son accompagnement pendant ce temps privilégié d'apprentissage. Merci, Monsieur PRIGENT, ce fut un honneur de me former au métier d'inspecteur de l'action sanitaire et sociale à vos côtés.

Je tiens également à remercier chaleureusement les agents du pôle actions sociales et de la mission d'observation d'appui et d'expertise de la DRJSCS pour ces mois passés ensemble et ces missions partagées. J'adresse des remerciements tout particuliers à Emmanuel MOURLET, pour tous ses enseignements, pour le partage de sa culture professionnelle, à toute heure de la journée, ainsi qu'à Stefan MUNIER.

Ce mémoire est le fruit d'un travail partenarial ; une multitude de personnes se sont mobilisées autour de ce sujet. Je remercie ainsi les agents des DDCS des Côtes-d'Armor, du Finistère, du Morbihan, de la DDCS-PP d'Ille-et-Vilaine et de l'ARS Bretagne qui ont tous répondu avec engouement à mes (nombreuses !) questions, de même que les partenaires institutionnels, associatifs et l'ensemble des professionnels interrogés.

Aux résidents, hôtes, gestionnaires de pensions de famille et de résidences accueil, en Bretagne comme à Paris, merci de m'avoir ouvert votre porte, de m'avoir fait découvrir vos maisons, d'avoir abordé avec moi votre quotidien.

Je remercie de plus les membres de la filière IASS, et particulièrement Valérie JOUET, pour l'aide précieuse apportée.

Je remercie enfin chacun des relecteurs de ce mémoire, pour leur patience et leur dévouement. Encore une fois pour leur patience, d'ailleurs.

Sommaire

Introduction	1
1 De l'expérience au développement du modèle : la pension de famille, un outil de réinsertion et de résilience sociale, entre sphère individuelle et soutien collectif.....	6
1.1 Une montée en charge rapide, objectivée et toujours actuelle.....	6
1.1.1 En France métropolitaine : de la planification globale à l'étude ciblée des besoins de chaque territoire	6
1.1.2 En Bretagne : une dynamique de déploiement différenciée selon les territoires	8
1.2 Un dispositif souple, orienté vers la recherche maximale d'autonomie	15
1.2.1 La continuité de la politique du logement d'abord, entre logements individuels et dynamique de groupe.....	15
1.2.2 L'hôte de pension de famille : acteur de l'accompagnement, promoteur de la recherche d'autonomie	18
1.2.3 Les services de l'Etat, acteurs dans le financement et le fonctionnement des pensions de famille.....	20
2 Considérations médicales : la santé, donnée incontournable de la vie en pension de famille et résidence accueil.....	23
2.1 L'épineuse question sanitaire	23
2.1.1 Un état de santé souvent fragile, fréquemment lié aux ruptures de parcours ..	23
2.1.2 Un accompagnement des résidents affaiblis, dans la pension de famille comme dans l'environnement médical et médico-social.....	27
2.2 Les pensions de famille et résidence accueil sont-elles adaptées en l'état aux problématiques de santé somatique, psychique, et à l'accompagnement du vieillissement ?	30
2.2.1 L'hôte face à la pathologie : un soignant informel ?	30
2.2.2 L'hospitalisation à domicile : la pension de famille vue comme élément facilitant ou comme un frein ?.....	32

2.3	Corréler les structures au public accueilli : les résidences accueil, les pensions de famille pour personnes vieillissantes	34
3	Optimiser le cadre des pensions de famille sans institutionnaliser : un défi, plusieurs stratégies, une multitude d'acteurs	38
3.1	Préconisations liées à la santé des résidents : connaître, se reconnaître, se coordonner	38
3.1.1	L'étude globalisée du public des pensions de famille et des résidences accueil : un impératif préalable à toute définition de stratégie régionale	38
3.1.2	Décloisonner et articuler les secteurs sanitaire, social et médico-social : de l'interconnaissance à la coordination	39
3.1.3	Considérer le résident comme le premier acteur de sa santé : le pari du développement de la prévention et de la promotion de la santé dans les pensions de famille	42
3.2	Préconisations liées aux structures : organiser, financer et développer	44
3.2.1	Améliorer le fonctionnement des pensions de famille et résidences accueil : de la gouvernance à la tarification	44
3.2.2	Déployer l'offre au plan territorial : une connexion privilégiée entre la structure et son environnement	48
	Conclusion	51
	Bibliographie	54
	Annexes	I

Liste des sigles utilisés

AAH	Allocation adulte handicapé
ACT	Appartement de coordination thérapeutique
ARS	Agence régionale de santé
BOP	Budget opérationnel de programme
CCAS	Centre communal d'action sociale
CEREMA	Centre d'expertise pour les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement
CESF	Conseillère d'éducation sociale et familiale
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CMP	Centre médico-psychologique
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRHH	Comité régional habitat et hébergement
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
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
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMPP	Equipe mobile psychiatrie précarité
ETP	Equivalent temps plein
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FEDER	Fonds européen de développement économique et régional
FNARS	Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale
GAPP	Groupe d'analyse des pratiques professionnelles
HAD	Hospitalisation à domicile
HLM	Habitation à loyer modéré
IASS	Inspecteur de l'action sanitaire et sociale

IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
LAM	Lit d'accueil médicalisé
MOLLE	Loi n° 2009-323 du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONFV	Observatoire national de la fin de vie
PARSA	Plan d'action renforcé du dispositif de logement et d'hébergement des personnes sans abri
PASS	Permanences d'accès aux soins de santé
PDALPD	Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées
PDALHPD	Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées
PLAI	Prêt locatif aidé d'intégration
PRAPS	programme régional d'accès à la prévention et aux soins
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SIAO	Service intégré d'accueil et d'orientation
TISF	Travailleuse d'intermédiation sociale et familiale
UNAFO	Union professionnelle du logement accompagné

Introduction

«La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé. »

Conférence internationale sur la promotion de la santé, Charte d'Ottawa, 17-21 novembre 1986

Indicateur sociologique majeur, le logement accompagne et soutient l'ensemble des besoins des individus. Lieu de réalisation de nécessités vitales, de protection, de repli vers l'intime, de rapport au corps, il constitue également l'un des fondements de la valorisation personnelle. Véritable support de l'identité personnelle, le logement traduit le parcours de celui qui l'occupe¹. Pourtant, habiter peut rimer avec angoisse, isolement, repli sur soi, recours aux conduites addictives ou encore menace d'envahissement. Parfois, habiter seul se révèle impossible, au moins pendant un temps. La fragilité identitaire, narcissique, s'exprime dans la précarité, dans l'addiction, comme la mémoire d'accidents de parcours. La grande vulnérabilité de la personne, son sentiment d'insécurité, tout comme sa phobie sociale, concourent autant à son isolement qu'à sa recherche d'étayage. C'est l'histoire du solitaire qui a besoin d'avoir du monde autour de lui. Dans ces parcours, l'habitat communautaire peut venir en soutien de nombreuses difficultés.

Le logement communautaire existe depuis longtemps, sous diverses formes ; il irrigue les cultures orientales et occidentales. On en retrouve trace dans la littérature réaliste du XIX^{ème} siècle, avec la lugubre pension de Madame Vauquer et son écriteau « *pension bourgeoise des deux sexes et autres* », sous la plume de Balzac². Si l'histoire et la société l'ont souvent associé à la pratique religieuse, à l'instar des béguinages et des kibboutz, il

¹ FIJALKOW Y., 2011, *Sociologie du logement*, éd. La Découverte, Coll. Repères, 128 p

², BALZAC H. (de), 1842, *Le père Goriot*, in *Scènes Privées de la Comédie Humaine*

présente surtout l'avantage d'articuler un espace personnel, réservé à l'individu, et une dimension de vie collective, mue par un pacte d'entraide mutuelle. Si d'autres approches ont pu être mises en œuvre pour l'accompagnement de personnes en situation précaire³, c'est précisément sous cet angle pluriel qu'en 1997, un groupe de travail présidé par Xavier EMMANUELLI imagine un dispositif expérimental préfigurateur de la politique du logement d'abord : les pensions de famille. L'objectif est d'organiser l'habitat de personnes à la rue, ayant connu des ruptures de parcours durables et complexes, au sein de petits logements, ces derniers combinés à des espaces de vie collective divers : une cuisine, un jardin, une salle d'activités,... Un ou plusieurs hôtes ont pour mission de réguler la vie collective et d'accompagner les résidents, dans un travail axé sur le *care*⁴. Le principe prévalant, rattachant le dispositif au secteur du logement, s'inscrit dans l'absence de limitation de la durée de séjour. Un appel à projets est lancé par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), suivant les préconisations du groupe et la circulaire afférente du 21 avril 1997⁵. Sur 30 projets soumis par les opérateurs associatifs, 17 sont retenus, lançant la dynamique de mise en place des pensions de famille. La circulaire Versini du 10 décembre 2002 relative aux maisons-relais⁶ fait le constat de la plus-value de ce type de dispositif, en lui conférant un cadre et une définition minimale : la description du public éligible, le type d'infrastructure et le rôle de l'hôte en sont les composantes majeures. Consécutivement, plusieurs plans prévoient la création de places supplémentaires en pensions de famille. La loi de programmation pour la cohésion sociale du 18 janvier 2005⁷ prévoit la création de 4 000 places, le plan d'action renforcé du dispositif de logement et d'hébergement des personnes sans abri (PARSA), paru en janvier 2007, prévoit la création de 9 000 places supplémentaires. Ces objectifs ne sont, à l'heure actuelle, pas atteints, et

³ Cf. le programme *Housing First* mené aux Etats-Unis (dans les années 1990) et au Canada (depuis 2009). Cette expérimentation consiste à établir des baux glissants et un accompagnement spécifique dédié aux personnes vivant à la rue, atteintes de troubles psychiatriques. Un programme identique a cours actuellement en Europe, et notamment en France (depuis 2010) sous la dénomination « Un chez-soi d'abord » (<http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/presentationduprogramme-unchez-soi-dabord.pdf>)

⁴ "Le terme, sans équivalent en français, caractérise une relation d'aide, familiale ou professionnelle ; il désigne tout à la fois l'activité de soin à une personne qui en dépend et le souci de la réception de ce soin, sa singularité résidant dans cette combinaison affûtée de compétences techniques et émotionnelles" RUSSEL HOCHSCHILD A., 1983, « The Managed Heart: The Commercialization of Human Feeling », Berkeley, The University of California Press

⁵ Circulaire du 21 avril 1997 relative au lancement d'un programme expérimental de création de pensions de famille

⁶ Circulaire DGAS/SDA n° 2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais

⁷ Loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale

cette cible chiffrée a été abandonnée au profit d'une logique centrée sur les besoins des territoires. Entre-temps, le profil des résidents s'est diversifié et le modèle initial des pensions de famille a connu d'autres développements, par exemple avec les résidences accueil. Par ailleurs, le déterminisme réciproque considérable entre la précarité et la dégradation de l'état de santé apparaît comme une indigne réalité dans la sixième puissance économique mondiale qu'est la France ; en témoigne l'expression « double injustice » utilisée par le Haut Conseil de la Santé Publique en 2009⁸ pour qualifier les inégalités face à la mortalité et dans la qualité de vie des personnes les plus fragilisées socialement.

Si l'expression pension de famille était consacrée par le groupe de travail Emmanuelli, la terminologie n'est pas véritablement fixée. L'expression maisons relais a eu également cours, dans les circulaires aussi bien que dans le secteur social. Cependant, cette dénomination de maison relais induit un caractère transitoire, en inadéquation avec le caractère durable propre au logement, axe majeur de la circulaire Versini. L'expression pension de famille appelle davantage à la dimension collective, proximale, affective et bienveillante, conférant un aspect plus lénifiant au dispositif en incluant la notion de groupe et de soutien mutuel. Le terme de pension de famille sera d'ailleurs repris définitivement dans les textes officiels, et notamment à l'article 69 de la loi n° 2009-323 du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion, dite loi MOLLE⁹. Les mêmes difficultés terminologiques sont relevées pour désigner le responsable de la pension de famille. Si hôte et maître de maison restent les appellations les plus courantes, le terme d'hôte semble, là aussi, plus adapté en termes de mission, de posture et d'accompagnement. Cette appellation a d'ailleurs été retenue, dès 2002, en raison de la dimension familiale de ce dispositif¹⁰.

⁸ HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE, décembre 2009, *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*,

⁹ Article 69 de la loi MOLLE du 25 mars 2009, repris à l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation : « La résidence sociale dénommée " pension de famille " est un établissement destiné à l'accueil sans condition de durée des personnes dont la situation sociale et psychologique rend difficile leur accès à un logement ordinaire. La " résidence accueil " est une pension de famille dédiée aux personnes ayant un handicap psychique. »

¹⁰ Entretien mené de manière conjointe auprès de la DIHAL et de la DGCS, octobre 2015

Aujourd'hui, l'expérience des pensions de famille a 18 ans. Le succès du dispositif a évolué crescendo, au gré des accueils et de l'histoire de chaque établissement. Le modèle a été mis à l'épreuve de la maladie, de la souffrance physique et psychique, de la fin de la vie des résidents, de la résilience. Après plusieurs années de fonctionnement, les pensions de familles ont fait la preuve de leur bénéfice en termes d'accompagnement et de recherche d'une autonomie maximisée pour chaque résident. Pour autant, selon les propos de Gilles DESRUMAUX, délégué général de l'Union professionnelle du logement accompagné (UNAFO), le trait dominant de la pension de famille consiste dans « *le droit d'y rester, la capacité d'en sortir* »¹¹. S'il est bien question de logement adapté, et qu'il n'existe pas de limitation formelle de durée de séjour, on constate le développement d'une double tendance : au plan macroscopique, un taux de rotation faible ; à l'examen des parcours individuels, des situations d'engorgement qui tendent à devenir complexes aussi bien pour l'individu que pour le groupe.

Ces 18 années de recul permettent de poser la question de la maturité du modèle. En d'autres termes, le modèle et l'organisation des pensions de famille correspond-il encore à la spécificité et à l'évolution des publics accueillis ? La prévalence de certains profils pathologiques et polypathologiques, les difficultés liées aux addictions, le vieillissement prématuré des personnes ayant connu la vie à la rue sont-ils autant de facteurs impliquant d'envisager une approche plus médicalisée du dispositif ? Enfin, au regard de ces interrogations, l'action des services de l'Etat quant au maillage territorial, au financement du fonctionnement et au suivi des pensions de familles peut-elle être optimisée dans un contexte de rationalisation des deniers publics ?

En Bretagne, le dispositif de pensions de famille a connu une importante montée en charge ces dernières années. L'offre s'est développée de manière différente selon les départements, à des rythmes hétéroclites. Les questionnements sur l'approche sanitaire et médico-sociale se multiplient, faisant état de difficultés semblables sur des territoires différents. Cette situation n'a rien d'exceptionnel ; la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL), la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la Direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages (DHUP) ont lancé en

¹¹ Extrait d'entretien, octobre 2015

2014 une enquête-bilan à l'échelle nationale confiée au Centre d'expertise pour les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement (CEREMA), portant notamment sur les problématiques de santé et de vieillissement prématuré, intitulée *Les pensions de famille et résidences accueil : du modèle aux réalités d'aujourd'hui*. De nombreux travaux, depuis 2006, témoignent de cette interrogation collective, invitant à la réflexion sur le phénomène de psychiatrisation des groupes de résidents de pensions de famille, sur l'accompagnement de la fin de vie et ses impacts sur la dimension collective des structures. Le modèle a lui-même évolué vers un accompagnement plus spécifique des résidents les plus affaiblis par la maladie mentale ou l'avancée en âge.

Ce mémoire professionnel trouve ses fondements dans cette réflexion collective territoriale. Une vingtaine d'entretiens¹² semi-directifs a ainsi complété la recherche documentaire initialement entreprise (textes réglementaires, rapports et études, documents d'appui et référentiels,...). Des questionnaires ont permis de parachever l'enquête. De nombreux acteurs se sont exprimés sur ces questions relatives aux pensions de famille : services de l'Etat en région et en département, résidents, hôtes et gestionnaires de pensions de familles, président d'association, promoteurs de projets, délégués de fédérations et fondations, médecin psychiatre spécialisé en addictologie et membre de l'équipe mobile psychiatrie précarité.

Si ce mémoire tend à dresser un état des lieux de l'offre en pensions de familles et résidences accueil, en France et a fortiori en Bretagne (I), il s'efforce d'analyser les problématiques sanitaires et de prise en charge du vieillissement prématuré dans ces structures (II). Il propose enfin des préconisations, idées, conseils pouvant être de nature à optimiser la qualité de l'offre en pensions de familles et résidences accueil sur le territoire breton, au plus près des besoins exprimés pour ces types de publics (III). L'expérience des pensions de famille démontre, une fois de plus, l'entrelacement fondamental entre les secteurs sanitaire, médico-social et social. Il nous appartient dès lors de développer, au niveau territorial, les conditions de l'optimisation des prises en charge, en déclinant les orientations prévues par les plans, dans un environnement marqué par une socialisation forte de la santé.

¹² Cf. Annexe n°4 : Liste des entretiens menés dans le cadre du mémoire

1 De l'expérience au développement du modèle : la pension de famille, un outil de réinsertion et de résilience sociale, entre sphère individuelle et soutien collectif

L'outil pension de famille a démontré, depuis 1997, toute son efficacité ; en témoigne sa montée en charge rapide, objectivée, toujours actuelle (1.1). La souplesse du dispositif, permettant la recherche de l'autonomie des personnes fragilisées par la précarité, plaide également en faveur de son succès (1.2).

1.1 Une montée en charge rapide, objectivée et toujours actuelle

Si, au niveau national, la logique de planification globale a peu à peu cédé le pas à une étude ciblée, au plus près des besoins des territoires (1.1.1), la région Bretagne se présente comme un exemple probant d'une dynamique hétérogène de développement des pensions de famille (1.1.2).

1.1.1 En France métropolitaine : de la planification globale à l'étude ciblée des besoins de chaque territoire

L'extension du nombre de pensions de familles et de résidences accueil depuis 2002 constitue la première preuve de l'efficacité, du besoin de ce type de structures et de la souplesse du dispositif. En 2013, on dénombre au moins 631 pensions de famille et résidences accueil sur le territoire français, pour un total de 12 580 places¹³. La déclinaison rapide d'une réponse efficiente et rapidement mobilisable à des besoins identifiés pour des populations en manque de ce type de solution, permettant également de maîtriser les coûts

¹³ Données du répertoire FINESS, en-deçà du nombre de structures et de places existantes

de fonctionnement ; cette stratégie a fondé le développement des pensions de famille puis des résidences accueil au niveau territorial.

Si, dans un premier temps, les ouvertures de ces places ont été fixées en fonction d'une conjonction de facteurs (population totale du département, expression de besoins,...), la mise en place de la stratégie diagnostique a contribué à créer un changement de paradigme. Hier dispositif expérimental, le dispositif pensions de familles s'imbrique totalement dans l'offre de logement adapté. Les diagnostics à 360°, du sans-abrisme au mal logement, réalisés dans tous les départements français, contiennent une évaluation de l'offre existante et des projets en germe, et consistent en un préalable nécessaire à l'ouverture de futures places. Ces données sont par ailleurs reprises dans les plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD) actuels et les plans départementaux d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD) à venir en Bretagne. Cependant, il n'existe pas, à ce jour, d'indicateurs opposables permettant de définir un niveau optimal d'équipement par territoire. La logique reste donc inflationniste, avec de nombreux projets soumis chaque année.

L'intérêt porté aux pensions de famille ne se dément pas. Le dispositif est en effet largement repris dans le plan triennal de résorption des nuitées hôtelières¹⁴, porté par Sylvia PINEL, l'actuelle ministre du logement et de l'égalité des territoires. Ce plan prévoit, à l'horizon 2017, un redéploiement de 66 millions d'euros, correspondant au paiement de 10 000 nuitées hôtelières, en vue de créer 9 000 logements en intermédiation locative, 1 500 places de pension de famille et 2 500 places d'hébergement.

Une tendance s'affirme désormais sur le secteur du logement adapté ; des pensions de famille « spécialisées » voient le jour, à partir d'un projet social défini. L'enquête-bilan sur les pensions de famille indique notamment l'existence d'une pension de famille dédiée à l'accueil de personnes accompagnées de chiens, ou encore une pension de famille accueillant des femmes atteintes du syndrome de Korsakoff. Un projet de pension de famille prévoit également d'accueillir uniquement des personnes cérébro-lésées. Cette évolution interroge quant à la mise en œuvre de la réponse des pensions de famille par rapport au public initialement ciblé et quant à la compensation de besoins qui seraient mieux pris en

¹⁴ <http://www.territoires.gouv.fr/un-plan-triennal-pour-reduire-le-recours-a-l-hotel>

charge dans des établissements spécialisés (tels que les foyers d'accueil médicalisés, les FAM) sur le même territoire. Par ailleurs, une instruction du 11 mars 2003¹⁵ écarte a priori le principe de pensions de famille spécialisées.

Le profil des résidents des pensions de familles interroge également, au niveau central (DIHAL, DGCS) comme dans les services déconcentrés de l'Etat et chez les opérateurs. La différence de profils entre les résidents de pensions de famille et les résidents de résidences accueil apparaît ténue, au regard de la prévalence des souffrances psychiques rencontrées chez les résidents de pensions de familles¹⁶. L'enquête-bilan du CEREMA dresse une typologie générale des parcours des résidents avant l'entrée dans la structure :

- *« des ruptures familiales suivies de perte d'emploi, dépression, souvent associés à des difficultés affectives issues de l'enfance ;*
- *des addictions, des troubles psychologiques ayant conduit à des parcours chaotiques faits d'une succession de ruptures résidentielles, professionnelles ou familiales ;*
- *des hommes se retrouvant seuls et non autonomes à la mort de leurs parents ;*
- *des personnes précédemment logées dans des conditions d'habitat indigne, parfois très isolées en milieu rural ;*
- *des parcours marqués par la prison. »*

1.1.2 En Bretagne : une dynamique de déploiement différenciée selon les territoires

Le taux de pauvreté en Bretagne, s'élevant à 10,2 %, reste inférieur aux statistiques nationales (13,9 %)¹⁷. Cependant, la physionomie de la précarité en territoire breton présente certains traits caractéristiques. Les populations les plus touchées par la précarité sont plus

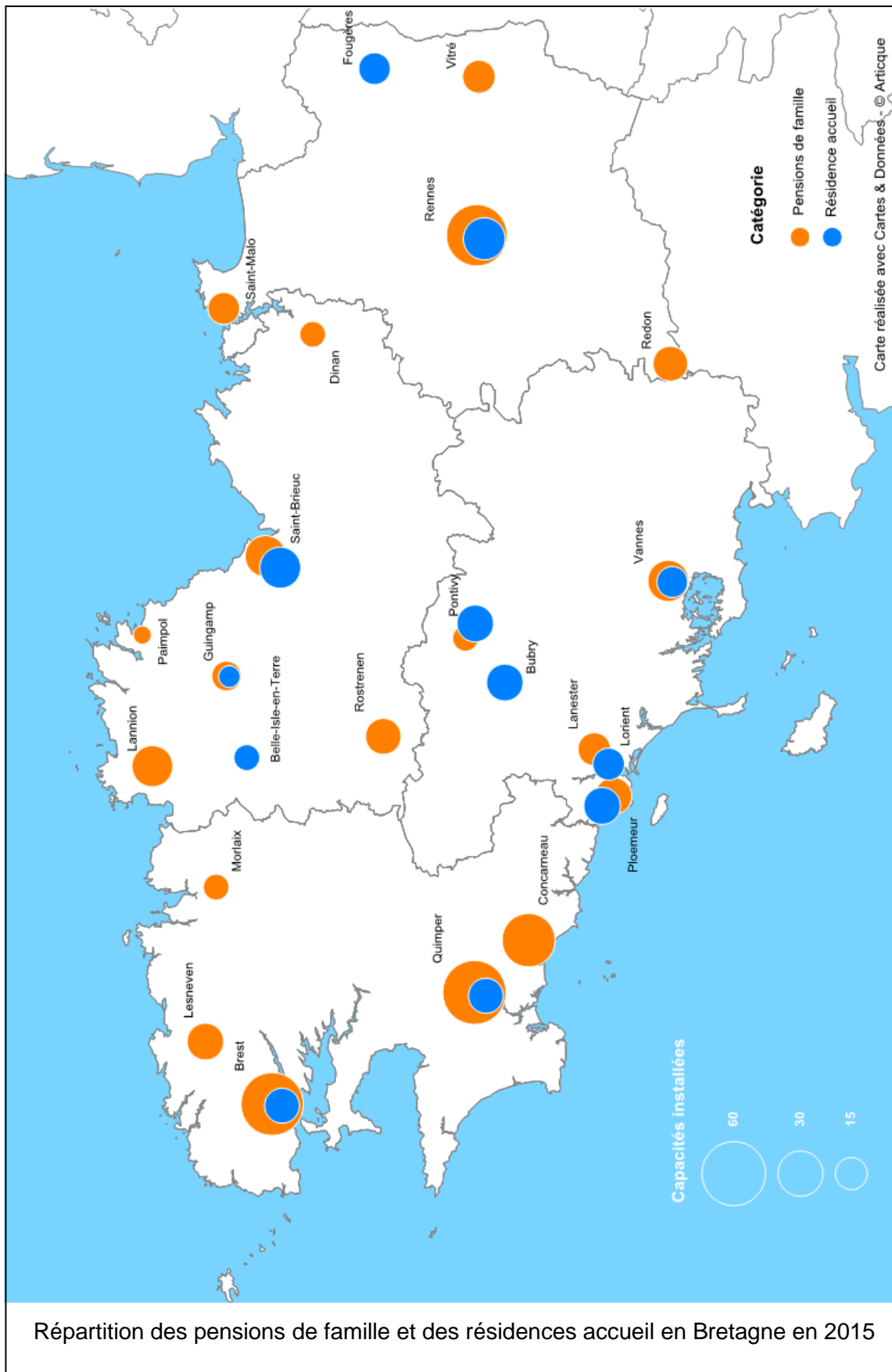
¹⁵ DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE, instruction du 11 mars 2003 relative aux maisons relais,: « Il est donc exclu de retenir des projets sociaux dont l'objet serait d'accueillir telle ou telle catégorie spécifique de population »

¹⁶ Cf. Infra

¹⁷ Source INSEE-DGFIP-CNAF-CNAV-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal, 2012

particulièrement les jeunes et les familles monoparentales en milieu urbain et semi-urbain. D'ailleurs, les personnes seules forment l'unique catégorie de ménages pour lequel le taux de pauvreté est sensiblement identique en Bretagne et en France métropolitaine. En milieu rural, la pauvreté concerne principalement les retraités, propriétaires fonciers. Le centre de la Bretagne, principale poche de pauvreté, et les villes centres concentrent ainsi la majorité des ménages précaires¹⁸

¹⁸ AUZET L., MAILLOCHON A., juin 2015, « Moins de pauvreté et d'inégalités de revenus entre les ménages et entre les territoires », INSEE Analyses n° 20



Concernant l'outil d'insertion sociale étudié, la région Bretagne compte aujourd'hui 664 places installées (504 places en pension de famille, 160 places en résidence accueil)¹⁹. Si la stratégie adoptée par la DRASS Bretagne a été d'impulser la création de places de pensions de famille dès l'époque du cadrage réglementaire du dispositif, l'évolution de l'offre dans chaque département s'est produite selon des dynamiques diverses. Les Côtes-d'Armor et le Finistère ont rapidement opté pour le développement des pensions de famille et affichent aujourd'hui des taux d'équipements élevés, avec un maillage territorial conforme à la situation socio-économique de chaque département. Le Morbihan et l'Ille-et-Vilaine comblent actuellement un retard quant à ce type d'équipement. La Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) Bretagne a suivi le plan national « logement d'abord » de Benoist APPARU. Elle a ainsi opté pour une stratégie d'accompagnement de la forte demande locale pour ces structures, selon l'approche départementale, en priorisant les projets validés et accompagnés du financement nécessaire à l'investissement.

Les diagnostics à 360° du sans-abrisme au mal-logement, élaborés en 2015, présentent une synthèse de l'offre en pensions de famille et résidences accueil. Ils exposent également les difficultés liées à la prise en charge sanitaire des personnes accueillies.

Les Côtes-d'Armor présentent un taux d'équipement en pensions de famille et résidences accueil supérieur au taux régional (1,56 contre 1,32, sur une population pondérée à 100 000 habitants). Cependant, le diagnostic relève l'insuffisance quantitative de structures pouvant accueillir des personnes en situation de handicap psychique. De la même manière, les solutions existantes sont parfois « *partiellement inadaptées* » à ce type d'accompagnement. Le document mentionne également la faiblesse du taux de rotation de certaines pensions de famille, point par ailleurs mentionné à l'occasion des entretiens²⁰. Le diagnostic révèle, de même, la prévalence des problématiques de santé chez les demandeurs de pensions de famille et de maisons-relais. Ainsi, 50 % des demandeurs pour les pensions de famille

¹⁹ Cf. Annexe n°1 : Répartition des places de pensions de famille et de résidences accueil par département en Bretagne

²⁰ Entretien téléphonique à la DDCS des Côtes-d'Armor (Directeur adjoint, référent logement, référente SIAO)

déclarent souffrir d'un trouble psychique²¹. Mesure intéressante relevée, un suivi spécifique de l'état de santé des demandeurs de places en pensions de famille et résidences accueil est systématiquement mis en place²².

Dans le Finistère, l'efficacité de cette solution de logement adapté est particulièrement soulignée. Le recours à ces dispositifs reste dynamique. L'année 2014 a notamment vu l'ouverture d'une pension de famille de 12 places et d'une résidence accueil de 18 places. Le diagnostic fait toutefois état de situations de pertes d'autonomie chez des résidents vivant en pension de famille depuis plusieurs années, croissantes en nombre et sans solutions d'aval satisfaisantes. Après l'adaptation de l'offre au profit des résidences accueil, le territoire finistérien entend désormais organiser un accueil dédié aux personnes vieillissantes, au profil polyopathologique, ayant connu des ruptures de parcours. Par ailleurs, une pension de famille, ouverte depuis 2004, s'est d'ores et déjà spécialisée, du fait de ses infrastructures, dans l'accueil de personnes peu autonomes sur certains aspects de la vie courante (préparation des repas, entretien du domicile,...)²³. Deux projets ont d'ores et déjà été validés par le Comité régional habitat et hébergement (CRHH) sans être installés : une résidence accueil à Morlaix et un projet de pension de famille pour les personnes vieillissantes à Brest. Ce dernier s'opère d'ailleurs à partir d'un redéploiement de places existantes en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) (la dotation régionale limitative ne pouvant financer des places de pension de famille créées de fait), en adéquation avec les objectifs de convergence tarifaire poursuivis sur le secteur de l'hébergement en Bretagne.

En Ille-et-Vilaine, le nombre de places de pensions de famille a progressé de près de 20% entre 2012 et 2014. Le taux d'occupation avoisine les 95 % pour ce dispositif, les inoccupations correspondant aux délais compris entre la sortie d'anciens et l'entrée de nouveaux résidents. On note d'ailleurs une concentration des places sur le territoire de

²¹ La notion de trouble psychique n'est pas définie dans ce cadre. Par ailleurs, il faut garder à l'esprit l'origine déclarative de cette donnée

²² DDCS DES COTES-D'ARMOR, juillet 2015, *Diagnostic territorial partagé à 360° des Côtes-d'Armor, du sans-abrisme au mal-logement*

²³ DDCS du Finistère, juillet 2015, *Diagnostic territorial partagé à 360° du Finistère, du sans-abrisme au mal-logement*

Rennes Métropole. L'évolution du nombre de places de résidences accueil s'établit à 10 % environ, avec un taux d'occupation à 100 %. Les acteurs de l'insertion sociale dans le département pointent un manque de places dans les deux types de structures. Ils constatent également une augmentation du nombre de personnes souffrant de troubles somatiques et/ou psychiques et une aggravation globalement constatée de leur état de santé, reliée à une faible dotation territoriale de médecins compétents sur ces prises en charge de longue durée, et à une articulation insuffisante entre les secteurs sanitaire, social et médico-social.²⁴

Le Morbihan a vu évoluer son offre en logement adaptée de manière importante ces dernières années (passant de 10 à 71 places de pension de famille entre 2010 et 2015, soit une hausse de 610 %). A ce jour, le taux d'équipement dans le département en pension de famille et résidence accueil reste légèrement inférieur à la moyenne bretonne. Ces places sont majoritairement réparties sur l'ouest du département (Ploemeur, Lanester). Il subsiste toutefois des zones urbaines non dotées de ces dispositifs (Ploërmel). Un projet a été présenté pour une installation à Auray mais le permis de construire pour la structure a fait l'objet d'un refus. Des extensions restent en projet, par exemple à Ploemeur. Les taux d'occupation élevés, combinés à la faiblesse des taux de rotation pour ces structures, conduisent à de nombreux refus d'accueil faute de places.²⁵

En 2012, les pensions de famille bretonnes accueillait 95 % de personnes seules ; taux qui correspond au public ciblé par la circulaire Versini. 80 % des résidents étaient des hommes. Près de 50 % de l'ensemble de la population accueillie était âgée de plus de 50 ans, avec une durée moyenne de séjour estimée à 10 mois et 9 jours²⁶. Les deux motifs d'admission principaux en pensions de famille et résidences accueil étaient la sortie de structure d'hébergement et la sortie d'hospitalisation en service psychiatrique (30 % des admissions dans les deux cas). L'examen des sorties réalisées à la même époque révèle par

²⁴ DDCS-PP D'ILLE-ET-VILAINE, juillet 2015, *Diagnostic territorial partagé à 360° d'Ille-et-Vilaine, du sans-abrisme au mal-logement*

²⁵ DDCS du Morbihan, juillet 2015, *Diagnostic territorial partagé à 360° du Morbihan, du sans-abrisme au mal-logement*

²⁶ La notion de durée moyenne de séjour n'a qu'une valeur indicative, au regard de la qualité de logement de la structure (absence de restriction de durée) et de différences marquées dans les objectifs individuels d'insertion

ailleurs que l'hospitalisation (tous services confondus) et le décès constituent les deuxièmes motifs de sortie des résidents (près de 34 % des sorties en 2012)²⁷.

Ces données permettent de dégager deux types de constats : d'une part, l'importance d'objectiver l'offre au regard des besoins des publics accueillis ; d'autre part, l'importance croissante des questions liées à l'avancée en âge des résidents. Concernant l'offre, par exemple, la direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCS-PP) d'Ille-et-Vilaine constate un allongement des durées de séjour en CHRS, sur une offre en places existantes d'hébergement conséquentes, et plus coûteuses que les places de pension de famille pour les DDCS-PP et la DRJSCS. En résulte un « effet ciseau » de blocage des projets d'ouvertures de places de pensions de famille d'un côté et de stagnation en CHRS de l'autre. Quant à la question de l'âge croissant des résidents et de la réduction de leur autonomie, le constat s'avère partagé au niveau national. En 2012, ces données posent déjà la question de l'accompagnement de personnes avançant en âge. Il invite à s'interroger également sur le positionnement de la pension de famille comme entité collectif à l'égard de l'état de santé des individus et sur les modalités d'accompagnement de la fin de vie. L'antenne bretonne de la Fédération Nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) a d'ailleurs défini cette thématique comme devant être prioritairement traitée dans ses groupes de travail en 2015.

L'ensemble de ces constats a invité les acteurs institutionnels et opérationnels à revoir l'offre, de manière à s'adapter au plus près aux besoins des publics accueillis. Après l'époque de l'essor du dispositif, vient celle de l'optimisation, avec des pensions de famille qui se spécialisent, de fait ou volontairement, dans l'accueil de publics cibles.

²⁷ DRJSCS BRETAGNE, 2013, *Enquête sociale (ES) 2012 : les établissements et services pour adultes en difficulté sociale en Bretagne en 2012, enquête flash à partir des données collectées sur la base du 15 décembre 2012*

Département	Pensions de famille		Résidences accueil	
	Nb structures	Nb places	Nb structures	Nb places
Côtes-d'Armor (22)	6	97	2	48
Finistère (29)	9	190	2	36
Ille-et-Vilaine (35)	6	104	3	41
Morbihan (56)	4	76	5	89
Bretagne	25	467	12	214
TOTAL	37 établissements, 681 places			

Pensions de famille et résidences accueil en Bretagne en 2015 : effectif des places et structures (source : données DDCS des Côtes-d'Armor, DDCS du Finistère, DDCS-PP d'Ille-et-Vilaine, DDCS du Morbihan)

1.2 Un dispositif souple, orienté vers la recherche maximale d'autonomie

Les pensions de famille peuvent être étudiées selon différentes approches : une catégorie de logement adapté, entre logements individuels et dynamique de groupe (1.2.1), un rôle crucial d'accompagnement endossé par l'hôte (1.2.2), et les rapports entretenus entre ces structures et les services de l'Etat, acteurs importants pour ce dispositif (1.2.3).

1.2.1 La continuité de la politique du logement d'abord, entre logements individuels et dynamique de groupe

La pension de famille, telle que prévue par la circulaire Versini, repose sur un modèle d'habitat adapté généraliste. En cela, elle entend répondre globalement à l'aval des ruptures de parcours, étant un cadre propice à l'inclusion sociale. L'habitat en logements individuels, dans les parties privatives de la structure, présuppose une certaine autonomie des résidents. Le besoin de lien social s'exprime dans la dimension collective, et se satisfait notamment dans les parties réservées à la vie en communauté. Cette stratégie se renforce au fil des

ans. Le plan national pour le logement d'abord²⁸, lancé par Benoist APPARU, alors secrétaire d'Etat au logement, le 10 novembre 2009, puis la circulaire n° 2012-04 du 13 janvier 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle du logement d'abord entendent privilégier l'accès direct à un logement pérenne, assorti le cas échéant d'un accompagnement social. Les pensions de famille et résidences accueil répondent à ce principe, en organisant un habitat sans limitation de la durée de séjour, dont l'organisation est supervisée par un hôte qui accompagne les résidents.

En Bretagne, dans le secteur des pensions de famille, l'admission est régie par des dispositions particulières. Au sein des quatre départements bretons, les services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) procèdent à l'orientation des demandeurs vers les pensions de famille. Une commission d'admission instruit ensuite ces demandes au regard du parcours de l'individu, de la physionomie du groupe préexistant, des implications de l'accompagnement. Cette commission pluridisciplinaire est, le plus souvent, composée de l'hôte ou du couple d'hôte, du directeur de la structure, d'un travailleur social du SIAO, d'un représentant de la DDCCS(-PP). Les bailleurs sociaux, en tant que propriétaires fonciers, sont conviés à participer à cette instance. Leur présence peut contribuer à favoriser certains parcours, comme des sorties vers des logements type habitations à loyer modéré (HLM). La participation d'un médecin psychiatre, membre d'une équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP) ou exerçant dans un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), constatée dans certaines commissions, permet également d'apporter certains éclairages, par exemple quant au profil de personnes présentant des addictions ou des troubles d'ordre psychique.

Si la circulaire Versini précisait de manière explicite le type de public cible pour les pensions de famille (« *personnes en situation de grande exclusion, [...], personnes qui ont connu la rue, ou qui, plus généralement, sont fortement désocialisées [...] qui ont besoin, très souvent, d'un temps de réadaptation à la vie quotidienne* »), l'objectif de mixité sociale reste un point de vigilance particulier des commissions d'admission. Une hôte de pension de famille indique, sur cette recherche de mixité, que le niveau d'instruction des résidents diffère

²⁸ MINISTÈRE DE L'ÉCOLOGIE, DE L'ÉNERGIE, DU DÉVELOPPEMENT DURABLE ET DE LA MER EN CHARGE DES TECHNOLOGIES VERTES ET DES NEGOCIATIONS SUR LE CLIMAT, 2009, *Stratégie nationale 2009-2012 : Pour un service public de l'hébergement et de l'accès au logement*

grandement, allant « *de la classe de cinquième à la maîtrise de droit* » ; elle reconnaît que les situations de mal-logement concernent aujourd'hui une part fortement hétérogène de la population, thèse confortée par l'étude-bilan menée par le CEREMA en 2014, qui indique qu'un tiers des résidents vivait auparavant en logement²⁹.

Reste à se rappeler que la pension de famille emprunte la forme d'un collectif d'individus, avec ses échanges, ses interactions et l'ensemble de ses personnalités. Dans ce cadre, l'objectif de mixité sociale a vocation à prévenir une uniformisation du groupe aux conséquences complexes. Ainsi, une forte prévalence de profils de personnes souffrant d'addictions peu ou non stabilisées peut générer des phénomènes d'entraînement à la consommation et rendre difficile l'observance des traitements de substitution.

Cet objectif de mixité sociale doit enfin être entendu au regard de la faiblesse du taux de rotation dans les pensions de famille et les résidences accueil. Les chiffres de l'enquête sociale Bretagne 2012 mettent en relief de faibles ratios de sortie, à relier au principe même des pensions de famille, dépourvues de limitation temporelle d'accueil. Les professionnels interrogés en Bretagne comme en Ile-de-France posent le même constat : des séjours de plus en plus longs, avec une hausse du nombre de personne n'étant pas en capacité de vivre dans un logement de droit commun et un cumul de profils pathologiques complexes. Dans certaines pensions de familles bretonnes, certains résidents sont d'ailleurs présents depuis l'ouverture.

Chez les résidents interrogés, revient souvent le terme de « *seconde famille* ». Ces derniers parlent spontanément de l'entraide mutuelle qui prend forme dans la pension comme de la difficulté à se montrer parfois conciliants et d'évoluer en groupe. Ils parlent de l'animation et de l'ambiance qui règnent sur la pension, de cette incitation, générée par la dimension collective, à reprendre goût à la vie, à gagner en autonomie, à rompre les situations d'isolement. D'autres évoquent le partage. La plupart des résidents, lors des entretiens de groupes, émettent tout de même le souhait de pouvoir, à plus ou moins long terme, vivre en logement autonome. Leurs projections d'avenir, au caractère conformiste, s'inscrivent dans

²⁹ A noter qu'en Bretagne, selon l'enquête ES 2012, 22 % des résidents vivaient auparavant en logement

un souhait d'inclusion sociale évident : un chez-soi autonome, un ou une compagne, un emploi durable.

1.2.2 L'hôte de pension de famille : acteur de l'accompagnement, promoteur de la recherche d'autonomie

L'hôte agit sur deux versants. Il opère d'abord sur le principe d'une approche individuelle, destinée à favoriser l'autonomie de la personne³⁰, en fonction de ses besoins et demandes. Cet accompagnement peut emprunter diverses formes, tel qu'un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne ou encore une assistance pour les démarches administratives. L'hôte travaille également sur la dimension collective de la pension de famille, en animant et en régulant le dispositif. Il veille à la bonne entente collective, met en œuvre des activités communes et fait le lien avec l'extérieur (relations avec le voisinage, sorties culturelles, visibilité de la pension de famille,...). Enfin, l'hôte peut être amené à assurer l'ensemble des aspects de la gestion locative (modalités d'entrée et de sortie dans la pension de famille, encaissement des loyers).³¹

En termes de positionnement professionnel, le métier d'hôte se situe à la frontière de deux ensemble de valeurs : d'une part, une culture autonomiste, qui tend à privilégier le respect de la vie privée des résidents, leurs droits, leur logement en tant qu'entité privée ; d'autre part, une culture d'assistance aux personnes, fondée sur une empathie, une inquiétude qui peut induire un comportement intrusif comme un devoir. Il est enfin intéressant de relier le rôle de l'hôte à l'intervention contractuelle définie par Serge PAUGAM : en contrepartie d'un accompagnement, d'une assistance individuelle axée vers la recherche d'autonomie et d'une présence bienveillante, le résident respecte des conditions négociées, généralement fixées par avance dans le contrat et le règlement intérieur de la pension : vivre en collectivité, assurer la bonne tenue de son domicile, se prémunir contre les facteurs l'ayant conduit ou

³⁰ CREA CENTRE, ORS CENTRE, décembre 2013, *Les résidents des pensions de famille/ maisons relais : profils, parcours résidentiels et enjeux de l'accompagnement*

³¹ FONDATION ABBE PIERRE POUR LE LOGEMENT DES DEFAVORISES, novembre 2014, *La fonction et le rôle des hôtes des pensions de famille, Les cahiers du logement*

maintenu dans une situation précaire³². L'hôte représente enfin le professionnel privilégié pour témoigner des changements observés chez les résidents ; cette posture lui confère une place toute particulière vis-à-vis des résidents ; en ce sens, « *La reconnaissance par les autres [étant] un facteur essentiel du processus de réinsertion* »³³.

Le métier d'hôte en pension de famille, récent, reste encore en phase de construction. Aucun prérequis au titre de la formation n'est obligatoire, bien que les responsables de pensions de famille recherchent le plus souvent des profils de travailleurs sociaux. L'Union professionnelle du logement accompagné (UNAF0) a développé, dans cette optique de professionnalisation, une offre de formation au métier d'hôte en résidence sociale. Notons également la parution, en 2005, d'un référentiel d'activités et de compétences des hôtes et accueillants établis pour la Fondation Abbé Pierre³⁴, qui permet de définir les activités et compétences de l'hôte, avec une comparaison entre « *le travail prescrit* » et « *le travail réel* » de ce dernier.

Se pose enfin la question du soutien de l'hôte dans ses fonctions. Dans les pensions de famille et résidences accueil interrogées, un groupe d'analyse des pratiques professionnelles (GAPP) est souvent établi, assuré par un professionnel extérieur (le plus souvent un psychiatre ou psychologue connaissant les caractéristiques de l'accueil en pension de famille). A Rennes, plusieurs associations gestionnaires de pensions de famille ont opté pour un GAPP commun, qui permet de croiser les expériences et les retours et a comme avantage de diversifier la parole. Cinq niveaux de soutien sont d'ailleurs identifiés par Gilles DESRUMAUX, et repris dans la synthèse *La fonction et le rôle des hôtes des pensions de famille*, établie en novembre 2014 par la Fondation Abbé Pierre³⁵ :

³² PAUGAM S., 2013, *La disqualification sociale, Essai sur la nouvelle pauvreté*, éd. Quadrige, 8^{ème} édition

³³, Idem

³⁴ COMBI H. / CRIF (CENTRE REGIONAL D'INSERTION ET DE FORMATION), août 2005, *Référentiel d'activités et de compétences des hôtes et des accueillants des pensions de famille et des boutiques solidarité* (étude réalisée pour la Fondation Abbé Pierre)

³⁵ FONDATION ABBE PIERRE, op.cit.

- Le soutien par les pairs constitue une aide importante dans la prise de recul par rapport à des situations complexes, parfois dramatiques.
- Le soutien par les organismes gestionnaires constitue un deuxième pilier pour l'hôte. Le repérage et la prévention de l'épuisement professionnel, la possibilité de référer facilement à un supérieur hiérarchique, l'accès à la formation se présentent comme quelques leviers importants de cet étayage. Cependant, le cadrage des missions s'impose comme la première mesure de protection du salarié à mettre en place. Un gestionnaire d'une pension de famille confiait à ce sujet : « *établir une fiche de poste pour l'hôte, c'est le premier service à lui rendre* ».
- Le soutien par les têtes de réseaux et les organes professionnels (FNARS, UNAFO,...), peut constituer une aide complémentaire, en termes de relais d'expérience, d'alertes comme de formation.
- Le soutien par les partenaires, particulièrement les intervenants du secteur sanitaire, permet d'améliorer l'accompagnement des résidents et de prévenir les difficultés liées à l'isolement professionnel
- Le soutien des services de l'Etat constitue la dernière articulation permettant de faire évoluer les caractéristiques du métier d'hôte (valorisation, reconnaissance, modes d'exercice,...).

1.2.3 Les services de l'Etat, acteurs dans le financement et le fonctionnement des pensions de famille

Les services de l'Etat interviennent dans l'ensemble du cycle de vie de la pension de famille. En premier lieu, les projets de création pour ce type de structure font l'objet d'une instruction par les DRJSCS et les DDCS, avant soumission pour avis au Comité Régional Habitat et Hébergement (CRHH)³⁶. Cette instance collégiale examine notamment la soutenabilité financière du projet, son adéquation à l'objectif d'intégration sociale (implantation, nombre de places,...), le niveau des restes à vivre prévisibles pour les futurs résidents une fois les redevances acquittées. Les inspecteurs des DDCS interrogés s'accordent d'ailleurs sur l'importance d'objectiver ces projets dans le cadre de la programmation régionale, vis-à-vis

³⁶ Le décret n° 2005-260 du 23 mars 2005 relatif au comité régional de l'habitat et modifiant le code de la construction et de l'habitation fixe la composition et la compétence de ces comités

de publics qui ne peuvent souscrire aux offres de logements autonomes et qui ne correspondent pas aux objectifs de l'hébergement d'insertion.

Après l'autorisation d'activité, l'Etat intervient dans le cadre du financement des pensions de famille. Il participe en premier lieu aux investissements nécessaires à la création des pensions de familles. Le foncier est ainsi financé à partir des prêts locatifs aidés d'intégration (PLAI), sur le budget opérationnel de programme (BOP) 135 « Urbanismes, territoires et amélioration de l'habitat », géré par la Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL). A noter que la gestion de ces éléments fonciers est généralement assurée par les organismes d'habitation à loyers modérés, conventionnés avec l'Etat au titre des articles R. 353-1 et suivants du Code de la construction et de l'habitation. Des crédits issus du fonds européen de développement économique et régional (FEDER) peuvent être mobilisés dans le cadre de constructions ou de rénovations de pensions de famille.

L'Etat participe au financement du fonctionnement des pensions de famille au moyen d'une seconde enveloppe : le budget opérationnel de programme 177 « Prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables » permet d'assurer un financement de l'exploitation, à hauteur de 16 euros par jour et par résident. Cette dotation est versée sur le fondement d'un conventionnement, système plus fragile que la technique de conventionnement.

Le budget opérationnel de programme 177 pour 2015 au plan national, prévu par la loi de finances, affiche un montant de 1 262 952 108 € (hors crédits complémentaires d'urgence hivernale). 77 150 000 € sont dévolus, sur cette enveloppe, au financement du fonctionnement des pensions de famille, en hausse de 25 % par rapport à 2012. En Bretagne, ce BOP 177 s'élève à 32 millions d'€ sur la même année, crédits d'avance inclus ; une grande fraction de cette enveloppe (19 millions d'€) est allouée au financement des CHRS. Il s'agit actuellement, au niveau national, d'un des seuls budgets opérationnels de programme évoluant à la hausse (4% de hausse entre 2014 et 2015, soit 50 millions d'€). C'est également un budget qualifié de sensible, particulièrement surveillé par les services de l'Etat en région depuis plusieurs années. Cependant, la hausse chronique des montants alloués à la question de l'inclusion sociale reste inférieure à la progression des besoins. Le renforcement de la précarité ces dernières années, la paupérisation des ménages, l'augmentation des situations de précarité énergétique concourent notamment à accroître les

coûts liés à la saison hivernale. Chaque année, des enveloppes complémentaires sont allouées en région pour permettre de couvrir ces coûts saisonniers. Dès lors, il n'est pas rare que les services de l'Etat en région soient contraints d'imputer les dépenses croissantes concernant les pensions de famille sur les crédits d'hébergement d'urgences définis annuellement dans la loi de finances, s'appuyant sur les crédits complémentaires précités. Ce transfert ne plaide pas en faveur d'une bonne lisibilité des comptes publics et ne saurait constituer une règle de référence à long terme.

Outre l'autorisation et le financement, les services de l'Etat sont compétents pour inspecter les pensions de famille et les résidences accueil. Cependant, le code de la construction et de l'habitat, dont ces structures dépendent, en tant que dispositifs de logement adapté, ne fournit que peu de bases juridiques à l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale. Ce dernier qui est dès lors amené à formuler davantage de remarques (expression écrite d'un défaut ou d'un dysfonctionnement plus ou moins grave qui ne peut être caractérisée au regard d'un texte juridiquement opposable) que d'écarts (expression écrite d'une non-conformité, d'un non-respect d'obligations légales ou réglementaires juridiquement opposables).

2 Considérations médicales : la santé, donnée incontournable de la vie en pension de famille et résidence accueil

Les pensions de famille, et, parfois dans une moindre mesure, les résidences accueil, sont confrontées à plusieurs enjeux, parmi lesquels la santé des résidents (2.1) et la question de leur adaptation aux situations de santé complexes et aux conséquences du vieillissement des personnes accueillies (2.2). face à ces questions, le modèle a déjà évolué, pour s'adapter à la situation de certains résidents particulièrement vulnérables (2.3).

2.1 L'épineuse question sanitaire

La santé en pension de famille recouvre au moins deux réalités. D'une part, les résidents se trouvent souvent dans un état de santé fragile, fréquemment lié aux ruptures de parcours (2.1.1). D'autre part, l'accompagnement de ceux-ci reste délicat, tant dans le soin que dans l'environnement médico-social (2.1.2).

2.1.1 Un état de santé souvent fragile, fréquemment lié aux ruptures de parcours

La question sanitaire revêt, dans les pensions de famille et les résidences accueil, une importance toute particulière. Les facettes en sont multiples, et s'entrelacent parfois, entre addictions de longue durée, troubles psychiques, santé dégradée par l'impact des ruptures de parcours, rapport altéré au corps et vieillissement prématuré. Les liens entre précarité et addictions (alcoolisme, narcomanie, pharmacodépendance) montrent en effet une intrication forte, l'addiction constituant une protection, un rempart développé par la personne contre la réalité de sa situation précaire. Le produit est alors considéré par la personne comme une solution à l'ensemble de ses difficultés : angoisse, dépression, isolement,...

³⁷

³⁷ Extraits d'entretiens avec un médecin spécialiste en addictologie

Les résidents qui ont connu la vie à la rue sont ainsi susceptibles, à plus forte raison, d'avoir développé nombre d'affections. Selon une étude menée en 2003 par l'INSEE³⁸, « *L'état de santé se dégrade proportionnellement à la durée globale passée dans la rue et cela quelle que soit la maladie. Ainsi, parmi les personnes ayant passé plus d'une année dans la rue au cours de leur vie, 31 % souffrent de dépression. Viennent ensuite les maladies respiratoires, les maladies du système digestif, du foie et de la peau* ». De surcroît, les renoncements aux soins chez les personnes en situation d'exclusion contribuent de manière directe à la dégradation de leur état de santé. Les motifs généralement avancés sont, de l'avis des hôtes, de nature financière ou plus personnelle (peur, déni, difficulté à accomplir seul ce type de démarche,...). En 2001, une étude menée sur le renoncement aux soins dans des zones sensibles de la région parisienne³⁹ indiquait, à ce sujet, que « *chez les personnes en grande exclusion, la santé n'est généralement pas une priorité* ».

Il n'existe pas, à l'heure actuelle, d'étude globalisée recensant ce type de données à l'échelle de la Bretagne. Les départements disposent d'informations tirées d'analyses et d'études locales. De surcroît, les entretiens menés avec l'ensemble des acteurs, en DDCS comme du côté de pensions de famille ou des soignants, font état d'une prévalence importante de personnes souffrant de troubles psychiques. A ce titre, l'enquête-bilan menée par le CEREMA en 2014 indique que « *38 % des publics des pensions de famille classiques et 77 % des publics des résidences accueil* » souffrent de troubles psychiques. Elle précise par ailleurs que 92 % des pensions de famille logent au moins une personne souffrant de ce type de troubles. Il convient toutefois de nuancer légèrement ce constat ; la notion de troubles peut, dans ce cadre, englober aussi bien des aspects dépressifs, mis en évidence par les ruptures de parcours que des aspects psychotiques antérieurs qui ont pu notamment conduire à ces ruptures ou des limitations cognitives préexistantes. Les addictions présentent une fréquence plus marquée, avec 39 % de résidents de pensions de famille concernées, selon la même étude. Des situations de handicap sont rencontrées dans 67% des pensions de famille ayant participé à l'enquête (11 % des résidents), un ratio identique étant mentionné pour les pathologies lourdes, invalidantes, et les traumatismes spécifiques. Enfin, une pension de famille sur deux déclare loger ou avoir logé au moins une personne

³⁸ DE LA ROCHERE B., 2003, « La santé des sans-domicile usagers des services d'aides », INSEE Première n° 893

³⁹ BAZIN F., 2006, « Déterminants sociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans cinq zones urbaines sensibles de la région parisienne en 2001 », Sciences sociales et santé, vol. 24

vieillissante⁴⁰, ce public étant estimé à 9 % de l'effectif total de résidents des pensions de famille interrogées.

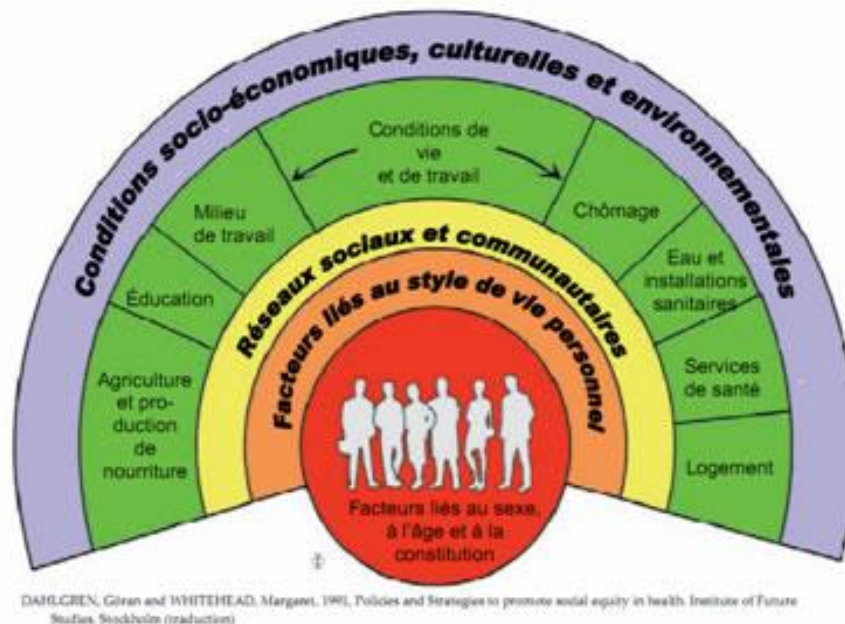


Schéma du modèle des déterminants sociaux de la santé, M. WHITEHEAD, G. DAHLGREN, *What can we do about inequalities in health, The Lancet*, 1991, n° 338

L'Agence régionale de santé (ARS) de Bretagne s'est particulièrement concentrée, dans le cadre du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) de troisième génération, sur les associations entre santé et cohésion sociale, ainsi que la prise en charge des souffrances psychiques des plus démunis. Elle s'est donc attachée au maillage de deux types d'offres de soins : d'une part, les dispositifs de droit commun, vers lesquels doit converger l'ensemble de la population ; d'autre part, les dispositifs dits « passerelles », destinés à prendre en charge des publics en situation de précarité, relevant de soins plus

⁴⁰ Enquête CEREMA 2014 : « Ces chiffres sont à rapprocher des 8 % de plus de 65 ans logés en pensions de famille classiques, et des 6 % de structures disant accueillir majoritairement des personnes présentant des difficultés liées au vieillissement, au sens donné pour l'obtention de l'allocation personnalisée d'autonomie. La définition du vieillissement renvoie peut-être ici moins à des questions d'âge ou de perte d'autonomie qu'à des difficultés de santé accrues, qui conduisent nombre d'hôtes à parler de vieillissement précoce ».

spécifiques. Ces dispositifs passerelles ont vocation à mener, à terme, ces personnes en difficulté vers l'offre de droit commun. Ces dispositifs sont de plusieurs types, avec des missions différentes et un public cible identifié. Les résidents des pensions de famille et résidences accueils sont éligibles à certains de ces dispositifs, la plupart s'inscrivant en amont de l'entrée en pension de famille (lits haltes soins santé, points accueil santé).

Les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP)⁴¹ peuvent ainsi être amenées à intervenir dans les pensions de famille, dans une stratégie « d'aller vers ». Leur mission consiste notamment à articuler les interventions croisées du secteur de la psychiatrie et des équipes sanitaires et sociales compétentes dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion. Médecins psychiatres, psychologues et infirmiers psychiatriques composent les 8 EMPP financées par l'ARS Bretagne (2 par département). Leur action tend de surcroît à repérer les situations complexes (décompensations, syndrome dépressif, difficultés liées au traitement,...) dans l'environnement des résidents. Elles endossent enfin un rôle de préventeur et de promoteur en santé. Ces EMPP opère principalement, à l'heure actuelle, sur les pensions de famille de Rennes et de Dinan ; leur intervention, plébiscitée par les structures interrogées, pourrait être généralisée aux autres pensions de famille, sous réserve d'effectifs suffisants.

Les 27 permanences d'accès aux soins de santé (PASS)⁴², situées dans des établissements de santé, permettent un accès facilité au système de soins pour les plus démunis. Elles proposent en complément une aide dans les démarches d'accès aux droits, comme l'affiliation à un régime de sécurité sociale, notamment à la couverture maladie universelle, ou encore la demande de l'allocation adulte handicapé (AAH). L'assistance pour ces formalités administratives s'avère précieuse pour des personnes qui entrent parfois en pension de famille directement après la vie à la rue, souffrant des obstacles liés à une désocialisation importante, éventuellement de longue durée.

⁴¹ AGENCE REGIONALE DE SANTE DE LA BRETAGNE, mars 2015, *Répertoire des dispositifs en santé précarité*

⁴² ibidem

Les appartements de coordination thérapeutique (ACT)⁴³ contribuent également à favoriser le suivi médical et la délivrance de soins sur une longue durée pour les personnes fragiles psychologiquement et socialement, atteintes d'une maladie chronique invalidante. L'objectif est de favoriser le retour à un meilleur état de santé ou la limitation de l'aggravation de celui-ci, en coordonnant une prise en charge médicale à un accompagnement médico-social et social. La région Bretagne compte aujourd'hui 41 places d'ACT. S'il n'y a pas de limite de séjour, l'on estime toutefois à 18 mois la durée maximum de recours à ce type de dispositif par personne.

En complément de ces dispositifs, l'ARS mobilise l'offre de droit commun, en privilégiant la notion de parcours. L'enjeu endosse ici des aspects éminemment pluriels, et questionne la démographie médicale de la région, tout autant que les barrières psychologiques se dressant à l'encontre des patients les plus précaires, des personnes aux parcours accidentés. En jeu, des leviers parfois difficiles à actionner pour l'Etat et l'assurance-maladie, une approche pédagogique et incitative.

2.1.2 Un accompagnement des résidents affaiblis, dans la pension de famille comme dans l'environnement médical et médico-social

Accompagner des personnes qui ont connu des ruptures dans leur parcours, des périodes de vie à la rue, des hospitalisations en services de psychiatrie, des maladies non soignées et de nombreuses carences suppose une approche particulière. D'une part, l'on retrouve des pathologies communément liées à ces ruptures, au premier rang desquelles les addictions, les décompensations et les polyopathologies chroniques. Vassilios PAPADAKOS, psychiatre hospitalier, souligne d'ailleurs la concordance de plusieurs indices en faveur d'une fréquence accrue de certains troubles psychiatriques parmi les exclus : « *Les états dépressifs et l'alcoolisme semble plus fréquents qu'en population générale. De manière générale, la*

⁴³ Ibidem

précarité sociale induit une vulnérabilité sur le plan médical »⁴⁴. D'autre part, il faut faire face au déni de la pathologie, d'un état de santé dégradé, d'un corps aux capacités amoindries.

Les difficultés liées aux addictions de produits psychotropes (alcool, tranquillisants, drogues) s'avèrent particulièrement courantes dans les pensions de famille. L'intrication profonde entre addiction et précarité participe, sous forme de cercle vicieux, à la désintégration sociale des individus. Les hôtes montrent une vigilance particulière à l'égard des phénomènes d'alcoolisation et de leur répercussion sur le groupe. Une hôte de pension de famille confiait ainsi : « *Quand une personne s'alcoolise, pour les médecins, c'est un phénomène isolé, indépendant. Pour nous, quand une personne s'alcoolise, les répercussions sur le groupe sont sensibles, importantes, et portent à conséquence. L'alcoolisation d'un résident devient tout de suite un problème collectif* ».

Pour répondre aux besoins induits par l'état de santé des résidents, la plupart des pensions de familles visitées ont opté pour des partenariats informels avec les professionnels libéraux de proximité. Dans une pension de famille, les résidents sont presque tous suivis par le même médecin traitant, qui connaît bien les caractéristiques de cet accueil. Dans une autre pension de famille, l'hôte travaille en étroite collaboration avec les infirmiers libéraux, qui peuvent signaler des comportements nécessitant une vigilance particulière (observance des traitements, mobilité restreinte, état anxieux ou dépressif,...). La pension de famille a tout intérêt à recourir à des ressources géographiquement proches, connaissant la structure.

De la même manière, les pensions de famille entendent volontiers travailler en lien avec les services effectuant les suivis des résidents. Citons l'exemple d'un infirmier membre de l'équipe mobile psychiatrie précarité qui vient assurer des sessions de prévention sur les conduites addictives au sein d'une pension de famille. Dans un autre département, le centre communal d'action sociale (CCAS), qui gère une pension de famille, participe à un conseil local de santé mentale, qui permet l'interconnaissance des acteurs et contribue à optimiser des modes de prises en charges parfois lourds (hospitalisations chroniques programmées,...).

⁴⁴ PAPADAKOS V., 1999, *Crise sociale et psychiatrie*,. Presses universitaires de France, coll. Médecine et Société

Cependant, les liens avec le secteur sanitaire s'avèrent encore insuffisants. Les hôtes interrogés sont ainsi en demande d'une collaboration accrue, formalisée, avec les services de soins, particulièrement avec le secteur de la psychiatrie. L'enjeu de ces conventions serait notamment de faciliter l'accès à des consultations en centre médico-psychologique (CMP) pour les résidents et d'assurer une prise en charge plus encadrée des situations d'urgence. La gestion de l'aval d'hospitalisation en services de psychiatrie est également évoquée. Du côté des soignants, on évoque une surmédicalisation des parcours sociaux.

La fin de vie en pension de famille et résidence accueil participe au questionnement général sur la santé. Selon le rapport de l'Observatoire national de la fin de vie (ONFV), *Fin de vie et précarités, paru en 2014*, le décès des résidents constitue la troisième cause de sortie des structures. Le rapport recense ainsi un taux de 42 % de décès survenus dans l'enceinte de la pension de famille, pour 49 % de décès survenus à l'hôpital. Or, dans ce même rapport, 87 % des hôtes interrogés⁴⁵ déclarent qu'aucune pratique d'accompagnement à la fin de vie n'a été mise en place au sein de l'établissement, et qu'il a été fait appel à une équipe mobile de soins palliatifs dans 11 % des cas. Enfin, dans ce même rapport, 84 % des hôtes déclarent qu'au sein de la pension de famille, aucun professionnel n'a bénéficié d'une formation ou d'une sensibilisation à l'accompagnement de fin de vie. L'étude de terrain réalisée en Bretagne a permis de relever des constats identiques. Le recours aux professionnels soignants dans le cadre de la fin de vie, et notamment aux réseaux de santé spécialisés en soins palliatifs et aux équipes mobiles de soins palliatifs reste notamment soumis à la connaissance de ces dispositifs, et in fine à l'expérience vécue de décès dans la structure. Tous les hôtes interrogés n'ont, à ce jour, pas forcément connaissance de l'existence de réseaux de santé en soins palliatifs et d'équipes spécialisées en soins palliatifs qui maillent le territoire breton, parmi lesquels :

- Le réseau Palliatif du Centre Bretagne (RPCB), situé à Pontivy ;
- Le réseau de santé-Soins Palliatifs "Accompagné", situé à Guingamp ;
- Le réseau de santé-Soins Palliatifs "Palliance", situé à Brest ;
- Le réseau de santé-Soins Palliatifs "Respecte", situé à Lesneven ;
- L'Unité de Soins Palliatifs de la Clinique des Augustines, située à Malestroit.

⁴⁵ Population identique à celle interrogée dans le cadre de l'enquête-bilan du CEREMA, le questionnaire envoyé ayant servi à mener les deux études

L'association de Coordination Bretonne de Soins Palliatifs (CBSP) offre d'ailleurs un recensement des structures d'appui dans le domaine de l'accompagnement de la fin de vie⁴⁶.

2.2 Les pensions de famille et résidence accueil sont-elles adaptées en l'état aux problématiques de santé somatique, psychique, et à l'accompagnement du vieillissement ?

Quand le soin s'invite au cœur de la pension de famille ou de la résidence accueil, quel peut être le positionnement de l'hôte (2.2.1), et comment peut-on organiser la délivrance de ces soins à domicile (2.2.2) ?

2.2.1 L'hôte face à la pathologie : un soignant informel ?

En vertu de son expérience, ses valeurs et les liens tissés avec le résident, l'hôte devient parfois accompagnateur de fait du parcours de santé de ce dernier, parfois spectateur de son déni. Il connaît la situation médicale du résident si celui-ci décide de lui en parler. Dans certaines pensions de famille, l'hôte et le groupe ont assisté à l'affaiblissement gradué d'un résident dans sa dernière maladie, sans comprendre l'exacte nature de sa souffrance, suscitant par là même questionnements et inquiétude, avec un sentiment d'impuissance partagé.

Selon l'organisation et le mode de gouvernance des pensions de famille, l'hôte peut également être amené à signer des hospitalisations sans consentement en service de psychiatrie pour certains résidents. Les hôtes qui ont fait face à cette procédure insistent sur la difficulté de restaurer un lien créé sur le long terme et détérioré par ce type d'évènement. Même s'il s'agit de protéger les autres résidents ou le résident contre lui-même, cette

⁴⁶ <http://www.bretagnesoinspalliatifs.com>

décision entre en conflit avec les objectifs assignés à la fonction d'hôte. De plus, le résident n'est pas systématiquement en mesure de reconnaître la nécessité de cette hospitalisation contrainte, qui peut le renvoyer à un lourd passé institutionnel (aide sociale à l'enfance, prison, dispositifs d'hébergement, hôpitaux,...). Dans certaines structures, pour prévenir cette détérioration du lien, les procédures prévoient que seuls les cadres signent ces hospitalisations.

L'observance des traitements matérialise certaines difficultés liées aux questions de santé dans les pensions de famille. Dans les résidences accueil, la proximité du suivi médical et paramédical a parfois pour effet de substituer le traitement par comprimés à un protocole d'injections dès que des carences interviennent dans l'observance. Pour autant, tous les traitements ne sont pas substituables et l'hôte doit parfois outrepasser ses fonctions pour encourager le résident à prendre son (ses) traitement(s), et plus largement, développer un comportement responsable vis-à-vis de sa santé. Une hôte interrogée confiait ainsi que lorsque l'infirmier libéral constatait, à l'occasion de ses passages, qu'un pilulier restait plein, ce dernier l'en informait, et celle-ci devait alors inciter le résident à observer ses prescriptions,... sans disposer d'autres moyens que sa force de conviction.

De manière générale, les hôtes sont demandeurs de formations liées aux troubles psychiques et aux comportements addictifs. Plus encore que la connaissance même des caractéristiques de la pathologie, il s'agit pour eux de comprendre les mécanismes de détection des crises et des rechutes et de confronter le bien-fondé de leur pratique et de leur posture à l'aune de cette connaissance. Les hôtes disposant de formations en travail social (Conseillère en économie sociale et familiale (CESF), travailleuse en intermédiation sociale et familiale (TISF), éducateur,...) sont pareillement demandeurs de formations relatives à l'évolution des produits psychotropes, et de sessions de rappel sur ces sujets.

Enfin, les acteurs comme les institutions s'interrogent quant à l'impact de maladies chroniques particulièrement invalidantes sur la capacité à vivre en semi-collectivité, en sécurité pour soi et pour les autres, dans des conditions de dignité et d'accompagnement adéquates. La Direction Générale de la Cohésion sociale relatait notamment, en 2010, les

difficultés rencontrées sur le terrain concernant les résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer⁴⁷.

2.2.2 L'hospitalisation à domicile : la pension de famille vue comme élément facilitant ou comme un frein ?

L'hospitalisation à domicile (HAD) peut tout d'abord se heurter à des contraintes d'infrastructures. Si l'expérience initiale prévoyait de développer des pensions de famille dans de spacieuses maisons bourgeoises, les rénovations et constructions actuelles s'orientent en faveur des infrastructures des logements sociaux. Dans le premier cas, le bâti s'adapte difficilement aux aménagements induits par la mise en place d'une hospitalisation à domicile. Dans le second cas, la taille des logements peut parfois s'avérer trop restreinte pour contenir les équipements.

La deuxième limitation concerne l'accès à l'appartement. Il faut, dans cette optique, que le résident soit en mesure d'ouvrir la porte de la pension de famille, généralement sécurisée pour éviter les phénomènes d'envahissement. Or, si le résident ne peut ouvrir directement de son appartement et si les soignants qui interviennent ne disposent pas de moyens d'ouverture, il paraît délicat de faire peser l'intervention de personnel soignant sur les autres résidents, en cas d'absence de l'hôte.

Une fois les contraintes structurelles levées, se pose la question des aidants. L'hospitalisation à domicile concentre traditionnellement un nombre important d'aidants au chevet de la personne affaiblie, que ceux-ci soient professionnels ou familiaux. Si l'intervention d'auxiliaires de vie sociale est communément utilisée dans ce type de prise en charge et admise dans ces structures, il convient de se poser la question du coût financier d'une présence prolongée de ces professionnels, avec des couvertures horaires élargies, pour répondre aux besoins générés par une hospitalisation à domicile. Quant au recours à

⁴⁷ DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE, mars 2010, *Evaluation des expérimentations : « résidences accueil » et « maisons-relais – pensions de famille pour personnes vieillissantes »*,

des aidants familiaux, outre les limites connues qu'il implique, il paraît difficilement mobilisable pour les résidents de pensions de famille. Les personnes accueillies dans ce type de structure connaissent effectivement un isolement profond, ayant souvent rompu les liens familiaux ou les conservant de manière ténue. Le risque majeur, en termes de personnel, serait de faire peser in fine les conséquences de cette hospitalisation à domicile sur les hôtes, a fortiori sur les résidents les plus autonomes. L'on touche alors aux limites de ce que le modèle de pension de famille peut organiser comme prise en charge.

Amener les ressources de l'hôpital à la pension de famille, c'est aussi intégrer les problèmes de santé d'un résident dans la vie d'un collectif. D'une part, la question de la confidentialité doit se poser de manière accrue dans ce type d'espace fréquenté. D'autre part, la venue du soignant au domicile, pouvant être perçue comme très intrusive par le groupe, résonne en écho aux difficultés des uns et des autres à prendre soin de soi, à observer un traitement. Le soignant, dans sa représentation de l'institution hospitalière, rappelle la complexité des parcours, la privation de liberté, voire les soins sans consentement.

Enfin, il est important de rappeler que l'hospitalisation à domicile constitue un dispositif, qui, en dépit de sa création en 1957⁴⁸, continue son déploiement en France. Le développement progressif de cette activité est encore en cours dans les logements dits classiques, et ne peut faire l'objet d'une déclinaison massive. Il s'avère embryonnaire en logement adapté comme en établissement social et médico-social. Ainsi, en 2014, 0.4% de l'activité totale d'HAD est déclinée en établissement social et médico-social, hors établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Un tiers de ces interventions concernent les soins palliatifs.⁴⁹ Cette dernière observation invite particulièrement à considérer, pour le cas des pensions de famille, les notions d'interconnaissance et de coordination des acteurs du soin et du secteur social.

⁴⁸ La première structure d'HAD en France se développe en 1957, avec le soutien des hôpitaux Tenon et Saint-Louis. La loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, dite loi Boulin, légalise ensuite le dispositif.

⁴⁹ 2015, « L'activité d'HAD dans les établissements sociaux et médico-sociaux en 2014 », ASH n°2924, 11 septembre 2015

2.3 Corréler les structures au public accueilli : les résidences accueil, les pensions de famille pour personnes vieillissantes

Le 12 mai 2006, le comité interministériel de lutte contre les exclusions lance une double expérimentation : adapter le modèle de pension de famille pour deux publics clairement identifiés. D'une part, les personnes souffrant de troubles psychiques graves (schizophrénies, psychoses chroniques systématisées telles que les paranoïas, maladies bipolaires,...), que le cahier des charges de la création de résidences accueil⁵⁰ décrit comme « *des personnes fragilisées et handicapées par des troubles psychiques liés à une pathologie mentale au long cours, dont l'état est suffisamment stabilisé pour respecter et bénéficier des règles de vie semi-collectives* ». D'autre part les personnes vieillissantes, qui n'ont pas forcément atteint l'âge d'entrer en EHPAD, ont conservé assez d'autonomie pour habiter en pension de famille sans toutefois pouvoir s'adapter à un logement isolé, et ne disposent pas des ressources financières nécessaires pour vivre en logement ordinaire. Deux nouveaux types de structures sont créés à cet effet : les résidences accueil et les pensions de famille pour personnes vieillissantes. Les règles propres aux pensions de famille comme logements adaptés (absence de limitation de durée, paiement d'une redevance, espaces privatifs et espaces collectifs,...) subsistent. L'on peut reconnaître à cette expérimentation un objectif second de « *désinstitutionnalisation* », à l'instar de la dynamique promue par la Direction générale de l'emploi, des affaires sociales et de l'égalité des chances de la Commission européenne⁵¹.

Le cadre des résidences accueil est complété par une note d'information du 16 novembre 2006⁵², issue des conclusions du comité interministériel de lutte contre les exclusions. Les résidences accueil doivent en principe bénéficier de deux soutiens : un partenariat avec les services de psychiatrie du territoire et un adossement à un service d'accompagnement

⁵⁰ Cahier des charges en annexe de la note d'information du 16 novembre 2006 sur les résidences accueil (Cf. infra)

⁵¹ DIRECTION GENERALE DE L'EMPLOI, DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EGALITE DES CHANCES DE LA COMMISSION EUROPEENNE, septembre 2009 *Rapport du groupe d'experts ad hoc sur la transition des soins en institution aux soins de proximité*,

⁵² Note d'information DGAS/PIA/PHAN no 2006-523 du 16 novembre 2006 relative à la mise en place d'un programme expérimental de résidences accueil pour les personnes en situation de précarité ou d'exclusion, ayant un handicap psychique

médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) ou un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), co-instigateur de la recherche d'autonomie, en complément de l'hôte. Sur le terrain, l'engagement hospitalier est généralement salué par les professionnels interrogés, de manière parfois inégale selon les bassins de vie. En effet, les vagues successives de fermeture des lits dans les services de psychiatrie⁵³ conduisent à considérer les résidences accueil comme des solutions d'aval suffisamment contenant, qui permettent toutefois de travailler sur une autonomisation du résident. Par ailleurs, la solution de la résidence accueil permet de répondre à une carence de structure, à la lisière du secteur hospitalier et du logement autonome ; la note d'information du 16 novembre 2006 estimait ainsi à 13 000 le nombre de personnes dépourvues de solution de logement, hébergées sans caractère durable, à la rue ou emboisant les services de psychiatrie dans un état stabilisé. En outre, les résidents étant d'anciens patients hospitalisés et suivis dans ces services, ceux-ci sont déjà repérés et connus des équipes pluridisciplinaires qui procèdent à leur évaluation en amont de l'entrée en résidence accueil, ainsi que des services qui assurent leur suivi une fois l'entrée effectuée (CMP,...). L'accompagnement médico-social s'avère davantage problématique, au regard de l'insuffisance constatée du nombre de SAVS et de SAMSAH par rapport aux besoins.

Concernant l'accueil de personnes souffrant d'isolement et de précarité, il est intéressant de noter le développement des structures médico-sociales dédiées à ce type d'accueil, souvent en amont de l'expérimentation des pensions de famille pour personnes vieillissantes. Des établissements comme L'EHPAD Résidence L'Escale, à La Rochelle, ou encore l'EHPAD Saint-Barthélemy, à Marseille, ont ainsi étendu leur activité à l'accueil d'anciens grands précaires, éventuellement de personnes issues de pensions de famille. Si ces établissements médico-sociaux ont aménagé des conditions d'accueil assouplies, de manière générale, l'accueil en EHPAD « classique » reste une formalité complexe, voire peu adaptée aux résidents de pensions de famille, candidats à l'entrée en EHPAD. Par exemple, certains des hôtes et gestionnaires interrogés préparent l'admission en EHPAD, avec le résident, dès que celui-ci atteint 60 ans. Or, la moyenne d'âge dans les établissements

⁵³ Entre 1975 et 2011, le nombre de lits de psychiatrie en hospitalisation à temps plein passe de 120 000 à 55 000 (COLDEFY M., 2012, « L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences », IRDES/Questions d'économie de la santé, n° 180, octobre 2012)

accueillant des personnes âgées s'établit aujourd'hui à 85 ans⁵⁴. Malgré la connexité des caractéristiques de la perte d'autonomie, accélérée chez le sujet ayant connu des ruptures de parcours, le décalage en âge reste important. Des différences peuvent également surgir sur le versant cognitif⁵⁵. La stigmatisation, le regard négatif porté sur les résidents sortants de pensions de famille et de résidences accueil est aussi invoqué par les membres de la FNARS Bretagne et les hôtes interrogés comme un obstacle à l'entrée et au maintien dans les établissements accueillant des personnes âgées. Le critère financier parachève ces difficultés d'inclusion. En effet, l'enquête bilan du CEREMA relève que 47 % des résidents de pensions de famille et de résidences accueil sont allocataires de l'AAH et que 12 % des résidents sont retraités, bénéficiaires de pensions peu élevées et/ou connaissant des difficultés financières (endettement,...).

En mars 2010, un rapport d'évaluation des expérimentations des résidences accueil et pensions de familles pour personnes vieillissantes, sous l'égide de la Direction Générale de la Cohésion Sociale a porté les premières observations sur ces dispositifs⁵⁶. Cette étude établit plusieurs constats au sujet des résidences accueil, notamment :

- Une création de structures majoritairement issue d'un cadre partenarial, avec un projet porté par une association et soutenu par un service de psychiatrie ;
- Un « effet filière » à l'entrée dans ces structures, très en lien avec le secteur psychiatrique, a fortiori si le porteur est proche de l'hôpital. Cet effet est toutefois « revendiqué par les gestionnaires comme une condition sine qua none du fonctionnement » de la structure
- Une spécialisation très ciblée sur une pathologie ou un groupe de pathologie ; les rapporteurs restituent ainsi le propos d'un responsable de résidence accueil, d'après lequel « les schizophrènes ne sont bien qu'avec des schizophrènes »

⁵⁴ DREES, décembre 2015, *693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011*

⁵⁵ 22 % des résidents d'EHPAD (152 600 personnes), souffrent de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée en 2011 (idem)

⁵⁶ DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE, op.cit.

Le rapport relève également des observations caractéristiques des pensions de familles pour personnes vieillissantes :

- Une création de structures qui fait systématiquement suite à un diagnostic des besoins rencontrés localement
- Une absence, de manière générale, de critère d'âge minimal à l'entrée dans l'établissement
- Un effet filière plus nuancé, qui traduit davantage les parcours des personnes au sein d'une association gestionnaire de plusieurs établissements et services
- Une difficulté à mobiliser les SAVS et les SAMSAH au profit des résidents, plus prégnante en pension de famille pour personnes vieillissantes qu'en résidence accueil

Si, en Bretagne, la création des pensions de famille a permis de répondre à des situations pour lesquelles les solutions étaient jusqu'à lors inexistantes ou inadaptées, ce type de dispositif se heurte désormais à l'avancée en âge des résidents. En pratique, les hôtes et responsables interrogés indiquent que peu d'établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes acceptent les anciens résidents de pensions de famille. A Rennes, il n'y a qu'un EHPAD qui ait accepté des résidents. Dans le Morbihan, il n'existe pas a priori d'établissement reconnu pour cet accueil, le dispositif de familles gouvernantes du Conseil départemental pouvant servir de relais. A Brest, une inclusion en EHPAD ayant débouché sur le retour d'un résident à la pension de famille a conduit le CCAS à envisager la création d'une pension de famille dédiée aux résidents vieillissants, cumulant plusieurs pathologies.

3 Optimiser le cadre des pensions de famille sans institutionnaliser : un défi, plusieurs stratégies, une multitude d'acteurs

Si le dispositif a d'ores et déjà montré nombre d'avantages, diverses solutions peuvent être mobilisées pour, d'une part, mieux accompagner les résidents dans leur parcours de santé (3.1), d'autre part, améliorer les modalités de fonctionnement des pensions de famille et des résidences accueil (3.2).

3.1 Préconisations liées à la santé des résidents : connaître, se reconnaître, se coordonner

Plusieurs pistes peuvent concourir à améliorer l'accompagnement de résidents faisant face à des problèmes de santé. Tout d'abord, connaître ce public (3.1.1). Ensuite, bâtir et consolider des passerelles entre les secteurs (3.1.2). Enfin, promouvoir la diffusion de comportements adaptés à la santé des personnes (3.1.3).

3.1.1 L'étude globalisée du public des pensions de famille et des résidences accueil : un impératif préalable à toute définition de stratégie régionale

En premier lieu, il importe, préalablement à tout projet d'envergure concernant l'évolution de l'offre en Bretagne, de pouvoir quantifier et qualifier ces situations de manière plus précise. Entretiens, diagnostics, concertations menés en Bretagne font état, de manière unanime, de la prégnance des difficultés liées à l'état de santé, aux addictions et au vieillissement prématuré des résidents des pensions de famille et résidences accueil. Aussi délicat que puisse être le recueil de ce type de données, il constitue un préalable impératif à la réflexion collective et au déploiement de solutions à l'échelle des territoires. Différentes études réalisées au sein des départements ont d'ores et déjà été menées et composent un socle précieux pour apprécier l'offre actuelle et les besoins. La DDCS du Morbihan a ainsi conduit une étude relative aux besoins des publics précaires sortants d'hôpitaux en 2014,

préconisant d'ailleurs un renforcement des services d'accompagnement (SAVS, SAMSAH) et des solutions d'hébergement et de logement. La DDCS du Finistère a quant à elle établi une fiche individuelle de repérage des publics relevant de structures médico-sociales actuellement en CHRS ou pension de famille⁵⁷ pour identifier ce type de besoin et y répondre de la manière la plus adaptée. Le SIAO des Côtes-d'Armor a davantage axé son analyse, dans son rapport 2013, sur les orientations vers les structures sociales et les dispositifs de logement adapté, au premier rang desquelles les pensions de famille, ainsi que sur la notion de parcours, notion clé de l'insertion sociale.

Si l'étude globalisée n'existe pas pour la Bretagne, elle a cependant été menée récemment à l'échelle du territoire français. Le questionnaire de l'étude-bilan du CEREMA⁵⁸, diffusé aux pensions de famille et résidences accueil en 2014, pourrait être repris, éventuellement actualisé, et soumis aux structures qui n'ont pas eu l'occasion d'y répondre. Les questionnaires déjà complétés par les autres établissements pourraient également faire l'objet d'une mise à jour et être analysés dans le cadre de l'observation sociale du territoire breton.

3.1.2 Décloisonner et articuler les secteurs sanitaire, social et médico-social : de l'interconnaissance à la coordination

Dans le même temps, optimiser les conditions d'accompagnement des résidents des pensions de famille et résidences accueil implique de bâtir et de consolider des passerelles entre les secteurs, particulièrement avec le secteur sanitaire et le secteur médico-social. L'adossement des résidences accueil aux services de psychiatrie démontre efficacement la plus-value de tels partenariats dans l'accompagnement du résident-patient. Différents niveaux d'association peuvent être envisagés, de la désignation d'infirmiers référents en CMP au conventionnement permettant d'organiser un accueil d'urgence, sinon rapide, notamment en cas d'épisode aigu (décompensation, situation préoccupante,...).

⁵⁷ Cf. annexe n° 3: Fiche individuelle de repérage des publics relevant de structures médico-sociales actuellement en CHRS ou pension de famille, réalisée et exploitée par la DDCS du Finistère

⁵⁸ Cf. annexe n° 2 : Questionnaire conjoint du CEREMA et de l'ONFV envoyé aux structures dans le cadre de l'enquête-bilan « Les pensions de famille et résidences accueil : du modèle aux réalités d'aujourd'hui »

L'interconnaissance des acteurs et de leurs missions et contraintes représente pareillement un enjeu de taille pour fluidifier les parcours des résidents. La technique des stages croisés peut ici trouver une application particulièrement fructueuse. Un hôte de pension de famille pourrait ainsi bénéficier d'une immersion de quelques jours dans un CSAPA, un CMP ou un service de soins palliatifs, puis accueillir un professionnel de santé venant de ces services. Ces stages favorisent les échanges, les retours d'expériences, la compréhension mutuelle des objectifs et des difficultés de chacun. Cette stratégie s'inscrit dans une logique de développement de réseau, et contribue ainsi à décloisonner les accompagnements. Ces stages croisés sont organisés depuis plusieurs années en région Midi-Pyrénées et en région Nord-Pas-de-Calais⁵⁹. L'ARS Bretagne, la DRJSCS Bretagne, les délégations territoriales de l'ARS dans les départements bretons et les 4 DDCS de la région s'accordent quant à la nécessité de former les professionnels aux problématiques des publics démunis. L'information et la formation des professionnels de santé composent d'ailleurs l'un des fondements du PRAPS de troisième génération. Figurent notamment, dans ce souhait partagé, l'idée de s'inspirer des expériences existantes, la conscience de l'importance des partenariats, la continuité de la refonte du travail social engagée depuis 2014. Sur ce dernier point, notons que l'ARS Bretagne et l'ARS Pays-De-Loire soutiennent un projet de temps de formation commun pour les élèves infirmiers et les élèves assistants de services sociaux.

L'une des solutions d'interconnaissance déjà expérimentées avec succès dans certains territoires consiste pareillement dans la création de conseils locaux de santé mentale (CLSM). Le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour la recherche et la formation en santé mentale définit le CLSM comme « *une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie publique, les usagers et les aidants. Il a pour objectif de définir des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale de la population* »⁶⁰. Leur développement est d'ailleurs plébiscité par les rapports de Claire COMPAGNON⁶¹, Denys ROBILIARD⁶² et

⁵⁹ 2015, « Midi-Pyrénées, Passer d'un monde à l'autre avec les stages croisés », F., le magazine de la FNARS, 21 juillet 2015, et 2012, « Précarité Santé Mentale, une réponse : le réseau », EPSM Mag (publication de l'établissement public de santé mentale Lille-Métropole), n° 62, février 2012

⁶⁰ CENTRE COLLABORATEUR DE L'OMS POUR LA RECHERCHE ET LA FORMATION EN SANTE MENTALE, 2013, *Recommandations pour l'élaboration d'un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM)*,

⁶¹ COMPAGNON C., GHADI V, 14 février 2014, *Pour l'an II de la démocratie sanitaire, rapport à la Ministre des affaires sociales et de la Santé*

⁶² ROBILIARD D., 8 janvier 2014, *Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement Par la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale, en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*

Bernadette DEVICTOR⁶³. La participation du CCAS de Brest, gestionnaire d'une pension de famille, au Conseil local de santé mentale, a permis de nouer des liens avec le secteur de la psychiatrie. Le groupe mixte, d'acteurs issus du secteur social et du secteur sanitaire, a notamment œuvré sur l'identification de personnes ressources dans chaque institution, projet qui contribue à faciliter les accompagnements depuis 4 à 5 ans.

Il est en sus intéressant d'envisager le développement de l'intervention des EMPP dans les pensions de famille, à l'instar des interventions de ces équipes sur les secteurs de Rennes et de Dinan. Ces professionnels disposent d'une connaissance fine des personnes qui sont sorties de la rue et de leurs difficultés (précarité, santé mentale, addictions, refus de soins,...). Ils ont parfois établi avec elles des liens de confiance. Le travail d'interface avec le secteur de la psychiatrie et les équipes sanitaires et sociales s'en trouve facilité. L'évaluation des besoins des résidents est également plus aisée à mener dans le cadre démedicalisé de la pension de famille. L'orientation vers une prise en charge hospitalière classique programmée (par exemple en addictologie) peut là aussi s'envisager de manière plus souple. Enfin, le travail de mise en réseau mené par ces équipes peut tout aussi bien s'adresser aux hôtes, et être complété par un appui, voire des actions de formation, de prévention et de sensibilisation. L'écueil, dans ce cadre, concerne les effectifs de professionnels travaillant dans ces équipes. Une EMPP est en moyenne composée de 4 à 6 équivalents temps plein (ETP), pour agir sur des bassins densément peuplés (le bassin rennais, par exemple, compte près de 600 000 habitants).

Pour améliorer les prises en charge psychiatriques, en complément d'une offre non-médicale sur laquelle le secteur de la psychiatrie peut s'appuyer, avec les pensions de familles, un projet de « CMP précarité » a été soumis à l'ARS de Bretagne, en complément des CMP « classiques ». On estime que les délais de consultation en CMP s'élèvent aujourd'hui à 2 mois. La moyenne de durée de ces consultations s'établit à 15 minutes par patient, temps jugé insuffisant par le psychiatre interrogé pour évaluer l'état du patient poly pathologique, connaissant des difficultés liées à sa situation sociale et souffrant éventuellement d'addictions. Ce projet, plus adapté au profil des personnes rencontrées par les EMPP, a fait

⁶³ DEVICTOR B., mars 2014, *Le service public territorial de sante (SPTS) le service public hospitalier (SPH) : Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé*

l'objet d'une validation de principe par l'ARS Bretagne mais n'a pu, à l'heure actuelle, être financé⁶⁴.

Enfin, à l'heure où, en France, la prise en charge des maladies chroniques est redéfinie au moyen de la notion de parcours, il importe de prendre la teneur de l'impératif de coordination des soins dans certaines pensions de famille, en fonction des pathologies présentées par les résidents et de leur autonomie dans la gestion de celle-ci. A partir du moment où l'hôte doit endosser le rôle de coordonnateur des soins, on peut estimer que ce dernier excède ses fonctions. Le financement, par exemple au moyen de crédits fléchés du PRAPS, d'un poste d'infirmier coordonnateur mutualisé sur plusieurs pensions de famille « classiques », avec une volumétrie horaire à définir, pourrait notamment permettre d'optimiser les prises en charge médicales des résidents, de revenir à l'identification de l'hôte comme accompagnant social et non comme soignant par ces mêmes résidents. Dans une pension de famille, la gestionnaire énumérait brièvement les affections somatiques dont souffraient les résidents ; les principales pathologies rencontrées étaient le diabète, la séropositivité, les cardiopathies, les complications de l'appareil génital, les insuffisances pulmonaires, des pathologies associées au syndrome de Korsakoff type cancer. Elle précisait ensuite que certains résidents souffraient de plusieurs de ces maladies. Devant une personne présentant un tel état de santé, le médecin traitant, seul, constitue-t-il une solution pleinement efficace dans la coordination et l'articulation des soins et des spécialistes ?

3.1.3 Considérer le résident comme le premier acteur de sa santé : le pari du développement de la prévention et de la promotion de la santé dans les pensions de famille

Les actions de prévention et de promotion de la santé doivent également être encouragées au sein des pensions de famille et des résidences accueil. Des interventions de professionnels de santé sont d'ores et déjà constatées dans certaines pensions de famille bretonnes, notamment sur les conséquences des addictions. Dans une pension de famille parisienne, deux médecins bénévoles tiennent des permanences occasionnelles pour

⁶⁴ Extraits d'entretien avec le porteur du projet, médecin psychiatre, octobre 2015

effectuer quelques soins légers, aider à la lecture de résultats d'analyses, orienter vers d'autres professionnels de santé et alerter, le cas échéant, sur certaines situations préoccupantes. Un espace santé, créé par les résidents, permet de travailler sur le rapport au corps, les bonnes pratiques à adopter, dans une logique « d'aller vers ». Même si toutes les pensions de famille ne sont pas aujourd'hui en mesure de développer ce type d'accompagnement, il importe de pouvoir articuler le travail des hôtes sur l'hygiène de vie avec des actions ciblées organisées avec des partenaires de la structure. Ces actions de prévention et de promotion de la santé peuvent aussi s'organiser au moyen de projets dédiés avec des partenaires associatifs. En plus de travailler sur les comportements à adopter vis-à-vis de sa santé, elles développent des compétences psycho-affectives salutaires chez des personnes qui ont connu la désocialisation et l'isolement, le regard porté sur l' « *identité négative*⁶⁵ ».

L'ARS de Bretagne et la DDCS du Finistère ont ainsi subventionné, en 2014 et 2015, une action sport-santé à destination de résidents de CHRS et de pension de famille⁶⁶. Les sorties en pleine nature, assorties d'ateliers de gymnastique douce et de temps conviviaux (repas, découverte du patrimoine culturel et naturel finistérien,...) ont trouvé un écho favorable auprès des résidents, induisant par là même des changements de comportement (diminution du tabac, envie de faire du sport ou une activité de loisir, rupture d'isolement). Cette action doit être développée avec d'autres structures d'hébergement et de logement adapté dans le Finistère, et peut constituer une expérience inspirante et profitable pour les autres départements et structures.

L'hôte peut également endosser un rôle intéressant dans la dynamique de prévention, davantage au quotidien que sur des actions particulièrement identifiées. A cet effet, il doit avoir assimilé non seulement les déterminants des conduites à risques, mais également connaître les leviers mobilisables pour renforcer le principe de son action et permettre au résident d'aller plus loin dans la démarche de prévention. La formation des hôtes sur les facteurs de mise en difficulté par rapport à la pathologie et sur les pratiques d'aides

⁶⁵ PAUGAM S., op.cit.

⁶⁶ Programme « Sentier-vous bien » proposé par l'association Ça dépote !, financé à hauteur de 8000 € par la DDCS et l'ARS

associées permettrait, en plus de conforter leur positionnement professionnel, d'envisager les meilleurs vecteurs de prévention à mettre en place, quand le sens commun et la culture sociale ne suffisent plus. Les hôtes interrogés indiquent par exemple vouloir disposer d'informations sur les différences entre alcool festif et dépendance, sur les nouvelles substances psychotropes, sur l'usage des tranquillisants (prescrits ou achetés).

3.2 Préconisations liées aux structures : organiser, financer et développer

L'enjeu s'avère ci double ; il concerne autant le fonctionnement des structures (3.2.1) que leur implantation territoriale (3.2.2).

3.2.1 Améliorer le fonctionnement des pensions de famille et résidences accueil : de la gouvernance à la tarification

La pension de famille s'érige aujourd'hui comme un outil plébiscité par tous : médecins, financeurs, gestionnaires d'associations. La plasticité de son cadre présente l'avantage considérable de pouvoir l'adapter avec peu de contraintes au public accueilli. Pour autant, cette plasticité ne doit pas conduire à masquer une insuffisance de l'offre médico-sociale. Une pension de famille, aussi accueillante soit-elle, ne saurait remplacer la compétence d'un foyer d'accueil médicalisé.

Se pose en premier lieu l'opportunité de redéfinir ou non le cadre de fonctionnement des pensions de famille en fonction du public accueilli. Si, pour reprendre les chiffres de l'enquête sociale bretonne de 2012, tous les résidents ne sortent pas de la rue ou de structures d'hébergement⁶⁷, le taux d'occupation élevé des pensions de famille et des résidences accueil montre la nécessité de cette offre. En tout état de cause, cela évite probablement à des personnes vulnérables, socialement fragilisées, de se retrouver sans

⁶⁷ Enquête sociale 2012 Bretagne (op.cit.) : 32,8 % des personnes accueillies sortent de la rue et de structures d'hébergement. Les autres motifs d'entrée sont notamment la perte du logement (14%), la sortie de service psychiatrique (29%), la rupture familiale (5%)

logement, à la rue ou en CHRS. Dès lors, il convient de réexaminer les termes de la circulaire Versini, après 14 ans de fonctionnement des structures, pour définir le public éligibles aux pensions de famille. Les critères de grande exclusion sociale des personnes éligibles, de difficultés à habiter de manière autonome, de l'isolement social et affectif, ont vocation à comprendre une multitude de situation. L'indication d'une vie passée à la rue (« Les personnes qui ont connu la rue, ou qui, plus généralement sont fortement désocialisées »⁶⁸) détermine une catégorie de personnes pour lesquelles les pensions de famille sont particulièrement indiquées, dans la philosophie du programme « logement d'abord », sans pour autant que l'offre soit complètement circonscrite aux anciens sans-abri.

Il convient ensuite de s'interroger sur le montant de la participation des services de l'Etat au fonctionnement des pensions de famille et des résidences accueil. Seize euros par jour et par résident constituent-ils un niveau de financement adéquat ? Les gestionnaires interrogés pointent avant tout l'absence d'évolution de ce montant depuis plusieurs années, en contradiction, selon eux, avec l'augmentation du coût de la vie, notamment la charge financière du bâti (location, entretien,...). En opérant une simulation, sur une pension de famille de 15 places, avec un taux d'occupation à 95 %, en année pleine, la dotation de l'Etat s'élève à 83 220 €. Elle permet donc de couvrir, sur le poste des rémunérations, le salaire brut annuel chargé de 1,5 à 2 ETP (équivalent temps plein) d'hôte (estimé à environ 48 000 € pour 1,5 ETP et 64 000 € pour 2 ETP)⁶⁹, et de laisser une fraction disponible pour les investissements afférents à la structure. Au-delà de cet équilibre, survient le risque de faire peser de l'investissement ou du travail social sur des deniers servant au paiement du logement.

Rappelons que l'emploi de cette dotation est complété par deux autres financements : d'une part, l'allocation de logement à caractère social (dont le plafond s'élève à 370 € par mois pour ce type de logement), qui peut être versée directement au gestionnaire, d'autre part, une redevance acquittée par le résident, et qui doit être calculée en fonction d'un reste à

⁶⁸ Circulaire Versini (op.cit.)

⁶⁹ Estimation basée sur la grille indiciaire des assistants de services sociaux (Niveau III, soit le niveau correspondant à la formation de responsable de résidence et service du logement accompagné) avec un agent du grade d'assistant de service social au 3^{ème} échelon (soit 5 à 7 ans d'expérience) et un régime indemnitaire de 200 € bruts mensuel. Le taux de charges patronales est ici arrondi à 50 %.

vivre moyen. Cette redevance comprend les postes financiers suivants : l'occupation privative de l'appartement, la gestion locative, la fourniture des fluides, l'assurance habitation et la taxe d'habitation. L'aide au logement social doit participer au paiement de l'habitat privatif, et la participation de l'Etat doit servir à régler les dépenses liées à la collectivité et à la dimension sociale du logement adapté (parties communes, rémunération des hôtes,...). Dès lors, la hausse des charges risque d'être directement compensée par les résidents, sur le montant de la redevance et/ou en modulant davantage l'offre de services, reproduisant dans cette dernière solution le fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux. L'analyse des comptes administratifs des pensions de famille et des résidences accueil, combinée à l'examen des restes à charges moyens sur plusieurs structures, permettrait d'estimer le caractère suffisant ou non de l'actuelle participation de l'Etat. La mobilisation de la comptabilité analytique des établissements s'avère être un atout précieux pour identifier ces différents postes. Les gestionnaires ont là un rôle important à jouer, en explicitant l'usage de la dotation dans un dialogue qui prendrait cours avec les DDCS(-PP). Rappelons que ces dernières sont fondées à demander la justification de l'emploi des deniers alloués.

Par ailleurs, cette dotation conditionne grandement le projet du dispositif et les éventuels objectifs d'insertion. Ainsi, la gestionnaire d'une pension de famille parisienne, qui a amplement misé sur l'inclusion sociale et la recherche de la sortie vers le logement autonome, indique que 16 euros par jour et par personne ne suffisent absolument pas à couvrir l'activité de suivi social menée par deux travailleurs sociaux ; ceux-ci ne remplissent pas la fonction classique des hôtes, étant chargés d'un suivi social complet des résidents. Par ailleurs, l'imputation de la charge élevée des investissements sur les surfaces collectives fait débat, jusque dans le réseau de l'UNAFO.

Face à ces constats, il importe de questionner les modalités de versement de la participation de l'Etat. Si, actuellement, les DDCS(-PP) effectuent ces opérations par voie de subvention, une des solutions de sécurisation du dispositif consisterait notamment dans le recours à la technique de la contractualisation. Avec ce mécanisme, les services de l'Etat envisagent le partenariat avec les opérateurs dépendant du code de l'action sociale et des familles, principalement associatifs, comme le fruit d'engagements durables, réciproques et formalisés. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), expérimenté d'abord dans le secteur médical et le secteur médico-social, permet ainsi de mobiliser différents leviers dans la gouvernance des structures (adéquation entre les orientations stratégiques, le

financement et le nombre de places, mise en œuvre et effectivité des outils et instances déclinés par la loi 2002-2). Or, les pensions de famille, rattachées au code de la construction et de l'habitation, sont restées en-dehors de cette évolution. Si, le conventionnement s'articule sur une base annuelle, ne faisant état que des crédits alloués, le CPOM s'étale sur plusieurs années, tout en organisant l'activité autour d'objectifs (quant aux personnes accueillies, quant au projet de l'établissement, quant aux modalités de cet accueil,...). Autre modalité intéressante : la dotation régionale limitative est versée par tranche de 1/12^{ème} alors que la subvention est versée une fois par an. Les structures qui démarrent doivent donc supporter les premiers mois du premier exercice sur fonds propres. Par ailleurs, une procédure CPOM permettrait d'assurer davantage de fongibilité entre les places de CHRS et les places de pension de famille ; cette option s'avère particulièrement intéressante dans des territoires fortement dotés en places de CHRS, en manque de places de pensions de familles, à l'instar de l'offre rennaise. La contractualisation avec les pensions de familles pourrait enfin permettre des engagements réciproques sur l'adéquation entre une définition du public accueilli par structure d'une part (avec une possibilité d'évolution dans le temps, en fonction de la physionomie du groupe), et les moyens alloués d'autre part.

Au cœur du dispositif, les pensions de famille et résidences accueil doivent également contribuer à l'amélioration de l'accompagnement, a fortiori au regard des considérations médicales susmentionnées, de l'accueil de publics vulnérables et de l'absence d'obligation de décliner les outils d'accueil et d'accompagnement du secteur de l'hébergement⁷⁰. L'UNAFO a ainsi développé pour le compte de ses adhérents des référentiels dédiés aux résidences sociales. En premier lieu, un référentiel d'auto-évaluation⁷¹ permet aux gestionnaires et aux hôtes de pensions de familles de remettre leur pratique et leurs habitudes en question, à travers les trois fonctions identifiées du logement adapté et des métiers qui s'y rattachent : accueillir, loger, accompagner. Un guide sur le contrat de résidence et le règlement intérieur en logement-foyer vient utilement préciser les règles applicables à l'accueil et les points de vigilance permettant de garantir la sécurité et la sérénité des individus et du collectif. Ces documents constituent des aides précieuses pour

⁷⁰ Outils prévus par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 : livret d'accueil, charte des droits et libertés de la personne accueillie, contrat de séjour (contrat de résidence en pension de famille), recours à une personne qualifiée, conseil de vie sociale (conseil de concertation en pension de famille), règlement de fonctionnement, projet d'établissement ou de service

⁷¹ UNAFO, 2010, *Référentiel d'auto-évaluation des prestations et services rendus*

des hôtes parfois insuffisamment formés, qui peuvent se sentir isolés ou en recherche de réponse face au cadre souple de la pension de famille.

Enfin, la prise en considération des difficultés rencontrées dans les pensions de famille et résidences accueil ne saurait être effective sans une attention accrue quant à la coordination des acteurs, une mise en commun des ressources et des questionnements et une recherche collective de réponses. La DDCS-PP d'Ille-et-Vilaine a récemment opté pour cette stratégie, en émettant un projet de création de comités départementaux des pensions de famille et résidences accueil. L'inspecteur agit ici en tant qu'animateur sur le territoire. Se faisant, il affine sa connaissance de l'évolution de la situation des pensions de famille sur son département. Il peut interpeller, de manière efficace, les autres acteurs publics sur les questions d'ordre sanitaire ou médico-social, par exemple. Il peut engager le dialogue sur le niveau et les modalités des subventions allouées.

3.2.2 Déployer l'offre au plan territorial : une connexion privilégiée entre la structure et son environnement

Au-delà de la mise en œuvre des projets validés et de la présentation de nouveaux programmes de réalisation de pensions de famille, engager une réflexion générale sur le sujet, de manière partenariale et au niveau territorial, inviterait à redéfinir l'adéquation entre l'expression des besoins, l'offre existante et les impératifs de planification. La question du déséquilibre entre départements et au sein de ceux-ci doit être intégrée à l'adaptation progressive du parc. L'enjeu concerne autant le nombre de structures que la qualité de l'accompagnement par rapport au public cible des pensions de famille classiques, des résidences accueil et des pensions de famille pour personnes vieillissantes.

Si les premières pensions de famille, notamment en Bretagne, ont parfois vu le jour au sein de grandes maisons bourgeoises, les aménagements du secteur du logement social ont connu des adaptations, particulièrement vis-à-vis des accès pour les personnes à mobilité

réduite. La loi n° 2005-102 du 11 février 2005⁷² a modifié en profondeur les règles de construction et les précisions techniques d'accessibilité afférentes aux logements neufs et à la rénovation de logements. Ces aménagements, par ailleurs nécessaires au regard du public accueilli en pensions de famille, imposent des investissements coûteux (équipements, localisation,...). De plus, la hausse du coût de l'immobilier depuis le début de l'expérimentation des pensions de famille alourdit encore le montant des investissements attendus à la création de la structure. Dès lors, pour contenir les coûts de départ comme les charges liées au loyer, le redéploiement d'une fraction de l'offre de ce dispositif vers l'espace périurbain peut s'avérer intéressante. Il convient alors de se rappeler, de manière constante, que le logement adapté constitue avant tout un outil d'insertion sociale. Cette opération supposerait donc, pour les projets à venir, la résolution de plusieurs types de contraintes, parmi lesquelles :

- Veiller à la proximité de la structure avec un maillage adapté de transports en communs, permettant de se rendre facilement en centre-ville. La question de l'accessibilité des transports est, dans ce cadre, primordiale. Il s'agit tout à la fois d'un vecteur d'autonomisation, d'un outil permettant d'accéder aux modalités de réinsertion sociale, et d'un moyen permettant de conserver des liens à l'extérieur de la structure. Cette recommandation est également préconisée par l'étude « évaluation de la circulaire [...] du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais » menée en 2015 en Picardie⁷³.
- Bénéficier des services médicaux de proximité, par exemple en ciblant la promiscuité de la structure avec une maison de santé pluridisciplinaire, indiquée pour les soins de premier recours.

Certaines pensions de famille et résidences accueil ont d'ailleurs opté, dès le montage du projet de la structure, pour une implantation en milieu rural. L'étude-bilan du Cerema indique que 1 % des pensions de famille et résidences accueil ayant répondu à l'enquête se situent

⁷² Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

⁷³ INSTANCE REGIONALE D'EDUCATION ET DE PROMOTION POUR LA SANTE (IREPS) PICARDIE, ARS PICARDIE, juin 2015, *Evaluation d'impact sur la santé, projet pilote en Picardie, évaluation de la circulaire DGAS-SDA N° 2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais*

hors de la ville (centre-ville et quartiers prioritaires de la ville). Elle mentionne également l'exemple de la mise à disposition d'un véhicule-taxi par la commune, pour les déplacements des résidents de l'une de ces pensions.

Quel que soit, in fine, le choix d'implantation de la pension de famille ou de la résidence accueil, un soin particulier doit être accordé à la proximité et à l'adéquation avec les services de santé existants ou en phase d'implantation. La prévalence de la question sanitaire dans ces structures, comme la construction du système de santé français et le rôle-clé du médecin traitant impliquent de bénéficier d'offres de soins de premier recours dans un périmètre restreint. Pour les résidences accueils, l'impératif se situe également au niveau de l'offre locale dédiée à la santé mentale, et doit être envisagée au regard de la sectorisation et de la territorialisation des services de psychiatrie.

Vient enfin la question spécifique des solutions proposées aux résidents vieillissants s'orientant vers un EHPAD, voyant leur autonomie se restreindre et empêcher progressivement leur maintien dans un logement, même adapté. Afin de prévenir les difficultés d'accompagnement dans le nouvel établissement et d'éviter les retours vers la pension de famille, synonyme d'échec lourd de conséquences, une nécessaire coordination doit être établie entre la pension de famille et l'EHPAD. Recenser d'éventuels EHPAD qui, sur un territoire donné, réunissent les conditions d'accueil pour d'anciens résidents de pensions de famille, constitue un préalable essentiel à une meilleure orientation dans ces parcours. Accompagner ces démarches de coordination fait partie des missions dévolues à l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale. Dans un contexte d'offre d'aval limitée, toutes les solutions existantes doivent pouvoir être envisagées.

Les hôtes et travailleurs sociaux assurant le suivi du résident doivent en outre organiser, en lien avec ce dernier, des conditions favorables à son admission, telles qu'une visite des lieux, une rencontre avec les professionnels. Que ce changement s'opère dans un temps long, ou de manière plus urgente, à la suite d'une chute invalidante par exemple, il doit faire l'objet d'une anticipation et d'une coopération entre les hôtes et l'équipe de l'EHPAD.

Conclusion

Outil de sécurisation des parcours, dispositif souple, compromis entre sphère privée et force du collectif, la pension de famille s'est imposée, en quelques années, comme une solution privilégiée face aux combinaisons de difficultés (sociales, médicales, personnelles,...). Le cadre et l'expérimentation originels ont présidé à la déclinaison de structures évolutives et hétérogènes, avec des accompagnements et des rythmes différents, des projets variés, des définitions plurielles de la vie en communauté et de l'insertion sociale. La montée en charge rapide et les taux d'occupation élevés apportent la preuve du besoin criant d'une diversité de publics. Le caractère stable de ce type de logement accompagné confirme toute la plus-value du dispositif et l'atteinte de l'objectif de prévention de nouvelles ruptures. A titre d'exemple, en 2012, en Bretagne, sur 47 sorties de pensions de familles (hors décès), nul n'est retourné vivre à l'hôtel, dans un abri de fortune ou à la rue. Vingt-et-une personnes sont devenues locataires d'un logement (HLM, non HLM, dispositif d'intermédiation locative).

La déclinaison des pensions de famille au profit de nouveaux modèles (résidence accueil, pension de famille pour personnes vieillissantes), s'inscrit logiquement dans la recherche d'adaptation des structures au public accueilli, mieux connu depuis 2002. Les exemples de collaboration réussie avec le secteur hospitalier, en psychiatrie comme sur le versant de la médecine palliative, permettent de tirer deux enseignements. D'une part, il était important de pouvoir aménager des conditions d'accueil spécifiques pour accompagner au mieux certains résidents. D'autre part, l'interconnaissance des acteurs et l'inscription du modèle de pension de famille, dans l'environnement social, dans certains réseaux de soins, et plus globalement dans la cité, invitent à développer plus encore cette stratégie, sur l'ensemble des territoires accueillant ce type de structure.

Cependant, le succès du modèle ne doit pas conduire à le considérer comme la panacée, la réponse intégrative à tous les profils de personnes vulnérables et isolées. Les situations rencontrées dans les pensions de famille et résidences accueil questionnent aujourd'hui les gestionnaires de structures comme les services de l'Etat. Elles conduisent nécessairement à envisager l'offre au regard des autres structures dans une logique de complémentarité. L'étude des profils de résidents au plan territorial doit permettre de définir quel est le dispositif le plus adapté aux personnes nécessitant des soins, ou le cas échéant une

attention particulière. Appartements thérapeutiques, appartements de coordination thérapeutique, résidences groupées, foyer d'accueil médicalisé, EHPAD, peuvent parfois constituer des solutions d'accompagnement plus appropriées. Cette diversité de l'offre conduit nécessairement à opter pour une analyse extensive du territoire, prenant en compte ces structures complémentaires.

Les situations des résidents invitent en outre à considérer particulièrement la pension de famille dans son environnement, dans le premier recours, dans l'offre de proximité. En ce sens, l'attention doit être portée sur les partenariats à développer avec les ressources existantes, complémentaires, sur le territoire. Cette évolution doit pouvoir être formalisée, accompagnée dans cette démarche par les acteurs publics, représentants de l'Etat comme des collectivités territoriales impliquées. La complémentarité des missions des DRJSCS, des DDCS(-PP), des ARS et de leurs délégations territoriales doit être recherchée, maintenue, encouragée. L'inspecteur de l'action sanitaire et sociale retrouve, dans cet objectif, toute la teneur de son rôle d'interface, la marque de sa mission d'animateur territorial. Sa connaissance des secteurs de la santé, de l'accompagnement médico-social et de la cohésion sociale, comme la stratégie partenariale de son activité, doivent permettre un recours optimisé aux dispositifs existants. Dans leur positionnement de terrain, les mairies ont tout autant un rôle de soutien particulièrement important à jouer, dès l'autorisation de la construction puis au démarrage de l'activité.

Le métier d'hôte semble également amené à évoluer, s'inscrivant dans l'actuelle réforme du travail social⁷⁴. Ces derniers doivent pouvoir se former et s'informer sur des sujets rencontrés dans la vie des pensions de famille, comme les addictions, la santé mentale, le vieillissement prématuré, l'accompagnement en phase palliative, idéalement en amont de certains événements. Le soutien professionnel, par exemple au moyen de groupes d'analyse des pratiques professionnelles procède du même postulat ; les difficultés rencontrées par l'hôte dans sa pratique créeront potentiellement des répercussions sur l'accompagnement, sur le groupe, sur les résidents. Cette évolution de la formation contient, en germe, la structuration

⁷⁴ En témoignent à titre d'exemples la tenue en 2014 des Etats généraux du travail social et le rapport remis par la députée Brigitte BOURGUIGNON, 2 septembre 2015, *Reconnaître et valoriser le travail social*

du métier, en termes de reconnaissance professionnelle, de rémunération et de positionnement en tant que travailleur social aux missions particulières.

Au-delà de ces propositions techniques, l'inspecteur doit garder à l'esprit qu'il ne s'agit que d'outils au service de la reconstruction de personnes vulnérables. Gilles DESRUMAUX, à l'occasion d'un entretien, disait que « *ce sont les pensions qui font les familles, et non les familles qui font les pensions* ». D'ailleurs, à l'occasion d'une visite en pension de famille, un résident, assez ému par ma seule présence, m'intima « *sortez de chez moi, sortez de chez nous !* ». Cette sommation, sans ambages, suffit à révéler la vie en pension de famille : la sécurisation individuelle, la prise en compte de l'entité collective, l'aspect durable de l'habitat, la défiance réactionnelle et ses multiples causes.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

MINISTERE DU LOGEMENT, DE L'EGALITE DES TERRITOIRES ET DE LA RURALITE, instruction n° DGCS/SD5A/SD5C/SD1A/2015/171 du 2 juin 2015 relative à la campagne budgétaire du secteur «accueil, hébergement et insertion» pour 2015

MINISTERE DU LOGEMENT, loi n° 2009-323 du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion

DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE, note d'information DGAS/PIA/PHAN n° 2006-523 du 16 novembre 2006 relative à la mise en place d'un programme expérimental de résidences accueil pour les personnes en situation de précarité ou d'exclusion, ayant un handicap psychique

MINISTERE DU LOGEMENT ET DE LA VILLE, loi n° 2005-52 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITE, Circulaire DGAS/SDA n°2002/595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons-relais

Ouvrages

PAUGAM S., 2013, *La disqualification sociale, Essai sur la nouvelle pauvreté*, Quadrige, 8^{ème} édition, 248 p

FIJALKOW Y., 2011, *Sociologie du logement*, La Découverte, Coll. Repères, 128 p

DEMAILLY L., 2011, *Sociologie des troubles mentaux*, La Découverte, 126 p

BENOIST Y., 2009, *Les sans-logis face à l'ethnocentrisme médical. Approche ethnographique d'un système de soins*, L'Harmattan, 156 p

PAUGAM S., 2008, *Le lien social*, Presses universitaires de France, coll. « Que sais-je ? », 127 p

Patrick GABORIAU P., TERROLLE D. et al., 2003, *Ethnologie des sans-logis. Etude d'une forme de domination sociale*, L'Harmattan, 212 p

PAPADAKOS V., 1999, *Crise sociale et psychiatrie*. Presses universitaires de France, coll. Médecine et Société

Articles

2015, « L'activité d'HAD dans les établissements sociaux et médico-sociaux en 2014 », Actualités sociales hebdomadaires n°2924, 11 septembre 2015

2015, « Midi-Pyrénées, Passer d'un monde à l'autre avec les stages croisés », F., le magazine de la FNARS, 21 juillet 2015

2015, « Le domicile, parent pauvre des politiques de soins palliatifs, pointe l'INED », Actualités sociales hebdomadaires n°2918, 10 juillet 2015, p19

HELTFER C., 2015, « Hôtes de pensions de famille, des accompagnants au quotidien », Actualités sociales hebdomadaires n° 2907, 24 avril 2015, p30-32

CHAUDIEU E., 2014, « Pour l'UNAF, le logement accompagné, en mutation, reste mal connu », Actualités sociales hebdomadaires n°2865, 20 juin 2014, p17

COLDEFY M, 2012, « L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences », IRDES/Questions d'économie de la santé, n° 180, octobre 2012

2012, « Précarité Santé Mentale, une réponse : le réseau », EPSM Mag (publication de l'établissement public de santé mentale Lille-Métropole), n° 62, février 2012

BAZIN F., 2006, « Déterminants sociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans cinq zones urbaines sensibles de la région parisienne en 2001 », Sciences sociales et santé, vol. 24

DE LA ROCHERE B., 2003, « La santé des sans-domicile usagers des services d'aides », INSEE Première n° 893

Rapports et synthèses

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES), décembre 2015, *693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011*

CENTRE D'ETUDES ET D'EXPERTISE SUR LES RISQUES, L'ENVIRONNEMENT, LA MOBILITE ET L'AMENAGEMENT (CEREMA), novembre 2015, Les pensions de famille et résidences accueil : du modèle aux réalités d'aujourd'hui – Etude-bilan pour la DIHAL, la DGCS et la DHUP (rapport)

BOURGUIGNON B., 2 septembre 2015, *Reconnaître et valoriser le travail social*

INSTANCE REGIONALE D'EDUCATION ET DE PROMOTION POUR LA SANTE (IREPS) PICARDIE, ARS PICARDIE, juin 2015, *Evaluation d'impact sur la santé, projet pilote en Picardie, évaluation de la circulaire DGAS-SDA N° 2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais*

CENTRE COLLABORATEUR DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE POUR LA RECHERCHE ET LA FORMATION EN SANTE MENTALE DE LILLE, juin 2015, *Les Conseils locaux de santé mentale : état des lieux*

CENTRE D'ETUDES ET D'EXPERTISE SUR LES RISQUES, L'ENVIRONNEMENT, LA MOBILITE ET L'AMENAGEMENT (CEREMA), décembre 2014, *Les pensions de famille et résidences accueil : du modèle aux réalités d'aujourd'hui – Etude-bilan pour la DIHAL, la DGCS et la DHUP (synthèse)*

DEVICTOR B., mars 2014, *Le service public territorial de sante (SPTS) le service public hospitalier (SPH) : Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé*

COMPAGNON C., GHADI V, 14 février 2014, *Pour l'an II de la démocratie sanitaire, rapport à la Ministre des affaires sociales et de la Santé*

ROBILIARD D., 8 janvier 2014, *Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement Par la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale, en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*

CREAI CENTRE, ORS CENTRE, décembre 2013, *Les résidents des pensions de famille/ maisons relais : profils, parcours résidentiels et enjeux de l'accompagnement*

DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE, mars 2010, *Evaluation des expérimentations « Résidence Accueil » et « maisons-relais pensions de famille pour personnes vieillissantes »*

HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE, décembre 2009, *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*

DIRECTION GENERALE DE L'EMPLOI, DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EGALITE DES CHANCES DE LA COMMISSION EUROPEENNE, septembre 2009 *Rapport du groupe d'experts ad hoc sur la transition des soins en institution aux soins de proximité*

Documents techniques

DDCS DES COTES-D'ARMOR, juillet 2015, *Diagnostic territorial partagé à 360° des Côtes-d'Armor, du sans-abrisme au mal-logement*

DDCS DU FINISTERE, juillet 2015, *Diagnostic territorial partagé à 360° du Finistère, du sans-abrisme au mal-logement*

DDCS-PP D'ILLE-ET-VILAINE, juillet 2015, *Diagnostic territorial partagé à 360° d'Ille-et-Vilaine, du sans-abrisme au mal-logement*

DDCS DU MORBIHAN, juillet 2015, *Diagnostic territorial partagé à 360° du Morbihan, du sans-abrisme au mal-logement*

AGENCE REGIONALE DE SANTE DE LA BRETAGNE, mars 2015, *Répertoire des dispositifs en santé précarité*

FONDATION ABBE PIERRE POUR LE LOGEMENT DES PERSONNES DEFAVORISEES, 2015, *L'état du mal-logement en France, 20^{ème} rapport annuel ; Bretagne, un éclairage régional*

FONDATION ABBE PIERRE POUR LE LOGEMENT DES DEFAVORISEES, novembre 2014, *La fonction et le rôle des hôtes des pensions de famille, Les cahiers du logement*

DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA COHESION SOCIALE DU MORBIHAN, 2014, *Rapport d'enquête : les besoins des publics précaires sortant d'hôpitaux*

DIRECTION REGIONALE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA COHESION SOCIALE, 2014, *Rapport d'orientation pour la campagne budgétaire 2014 de financement des CHRS en Bretagne*

SERVICE INTEGRE DE L'ACCUEIL ET DE L'ORIENTATION DES COTES-D'ARMOR, 2014, *Rapport 2013 de l'observatoire du SIAO 22*

CENTRE COLLABORATEUR DE L'OMS POUR LA RECHERCHE ET LA FORMATION EN SANTE MENTALE, 2013, *Recommandations pour l'élaboration d'un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM)*

FONDATION ABBE PIERRE POUR LE LOGEMENT DES PERSONNES DEFAVORISEES, Février 2013, *L'accès à l'habitat des personnes SDF en situation de grande précarité (recommandations), Les cahiers du logement*

DIRECTION REGIONALE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA COHESION SOCIALE, 2013, *Enquête sociale (ES) 2012 : les établissements et services pour adultes en difficulté sociale en Bretagne en 2012, enquête flash à partir des données collectées sur la base du 15 décembre 2012*

UNAFO, 2010, *Référentiel d'auto-évaluation des prestations et services rendus*

FONDATION ABBE PIERRE POUR LE LOGEMENT DES PERSONNES DEFAVORISEES, novembre 2005 (actualisation février 2012) *Manuel pour la création de Pensions de famille : recueil des bonnes pratiques*

Thèses et mémoires

LEMBO S., 2015, *Les pensions de famille en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : bilan et perspectives*, EHESP, mémoire IASS promotion 2013 – 2015, 78 p

DESCOURTIEUX H., 2015, *Trop vieux pour la rue, trop jeunes pour la maison de retraite : l'accompagnement des personnes sans domicile fixe dans le département de la Sarthe*, EHESP, mémoire IASS promotion 2013 – 2015, 83 p

ALLEGRE CHAMANT F., *La maison relais, une fabrication modelée par ses acteurs et son environnement*, Institut régional du travail social de Lorraine (Nancy), mémoire DEIS 2013, 146 p

Annexes

Liste des annexes :

Annexe 1	Répartition des places de pensions de famille et de résidences accueil par département en Bretagne.....	II
Annexe 2	Questionnaire conjoint du CEREMA et de l'ONFV envoyé aux structures dans le cadre de l'enquête-bilan « Les pensions de famille et résidences accueil : du modèle aux réalités d'aujourd'hui ».....	III
Annexe 3	Fiche individuelle de repérage des publics relevant de structures médico-sociales actuellement en CHRS ou pension de famille, réalisée et exploitée par la DDCS du Finistère.....	XXX
Annexe 4	Liste des entretiens menés dans le cadre du mémoire.....	XXXV
Annexe 5	Exemples de questionnaire et de grille d'entretien utilisés.....	XXXVI

Annexe 1 - Répartition des places de pensions de famille et de résidences accueil par département en Bretagne en 2015

Source : données DDCS 22, DDCS 29, DDCS-PP 35 et DDCS56

Département	Population INSEE -2012	Villes	Pension de famille		Résidences accueil	
			Nombre de structures	Nombre de places	Nombre de structures	Nombre de places
Côtes-d'Armor (22)	595 531 personnes	Saint-Brieuc	1	25	1	25
		Belle-Isle-en-Terre	0	0	1	10
		Dinan	1	10	0	0
		Guingamp	1	13	0	7
		Lannion	1	25	0	0
		Paimpol	1	5	0	0
		Rostrenen	1	19	0	0
		SOUS-TOTAL 22	6	97	2	48
Finistère (29)	901 293 personnes	Brest	3	58	1	18
		Quimper	3	60	1	18
		Concarneau	1	42	0	0
		Lesneven	1	20	0	0
		Morlaix	1	10	0	0
		SOUS-TOTAL 29	9	190	2	36
Ille-et-Vilaine (35)	1 007 901 personnes	Rennes	3	55	2	26
		Fougères	0	0	1	15
		Redon	1	18	0	0
		Saint-Malo	1	15	0	0
		Vitré	1	16	0	0
		SOUS-TOTAL 35	6	104	3	41
Morbihan	732 372 personnes	Vannes	1	25	1	14
		Pontivy	1	10	1	20
		Ploemeur	1	20	1	20
		Lanester	1	16	0	0
		Lorient	0	0	1	15
		Bubry	0	0	1	20
		SOUS-TOTAL 56	4	76	5	89
Bretagne	3 237 097 personnes	TOTAL : 681 places	25	467	12	214

Annexe 2

**Questionnaire conjoint du CEREMA et de l'ONFV envoyé aux structures dans
le cadre de l'enquête-bilan « Les pensions de famille et résidences
accueil : du modèle aux réalités d'aujourd'hui » (2014)**



ÉTUDE-BILAN DU PUBLIC LOGE EN PENSION DE FAMILLE

QUESTIONNAIRE A L'ATTENTION DES HOTESSES ET DES HOTES

MERCI DE COMPLETER CE QUESTIONNAIRE A PARTIR DES DONNEES 2013

SUR WWW.CEREMA.FR

INFORMATIONS GÉNÉRALES

L'ÉTABLISSEMENT

- 1 > Numéro FINESS :
- 2 > Nom de l'établissement :
- 3 > Adresse (rue, bâtiment, code postal) :
- 4 > Type de pension de famille :
 - Pension de famille
 - Résidence accueil
- 5 > Nombre de places :
- 6 > Nombre de logements :
- 7 > Année d'ouverture de la pension de famille :

LE GESTIONNAIRE

8 > Statut du propriétaire :

- Organisme agréé Maîtrise d'Ouvrage d'Insertion (MOI)
- Organisme de logement social (établissement social pour l'habitat (ex SAHLM), office public de l'habitat (ex OPHLM), société d'économie mixte (SEM)...)
- Autre (*précisez*) :

9 > Le propriétaire est-il également gestionnaire ?

- Oui
- Non

9 bis > Si non, statut du gestionnaire :

- Organisme agréé gestion locative sociale
- Organisme de logement social (établissement social pour l'habitat (ex SAHLM), office public de l'habitat (ex OPHLM), société d'économie mixte (SEM)...)
- Autre (*précisez*) :

10 > Le gestionnaire est-il adhérent à : (plusieurs réponses possibles)

- AGAPSY (Fédération nationale des associations gestionnaires pour l'accompagnement des personnes handicapées psychiques) ou UNAFAM (Union nationale des amis et familles de malades psychiques)
- FNARS (Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale)
- Fondation Abbé Pierre
- Habitat et humanisme
- UNAFO (Union professionnelle du logement accompagné)
- N'adhère pas à une fédération ou association
- Autre (*précisez*) :

11 > Autres dispositifs gérés par le gestionnaire : (plusieurs réponses possibles)

- Accueil de jour
 - CHRS (regroupé ou diffus)
 - CHU (regroupé ou diffus)
 - Établissement et service d'aide par le travail (ESAT)

- Foyer de jeunes travailleurs (FJT)
- Foyer de travailleurs migrants (FTM)
- Lits halte soins santé (LHSS)
- Pension de famille
- Résidence accueil
- Résidence sociale (hors pension de famille, résidence accueil)
- Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)
- Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)
- Service d'accompagnement vers et dans le logement (AVDL) ou service accompagnement social lié au logement (ASLL)
- Services mandataires
- Autre dispositif d'hébergement
- Le gestionnaire ne gère pas d'autres structures
- Autre (*précisez*) :

INFORMATIONS SUR LES RÉSIDENTS

LE PUBLIC

12 > Tranche d'âge : (en nombre de personnes)

- Moins de 16 ans :
- De 16 à 24 ans :
- De 25 à 49 ans :
- De 50 à 64 ans :
- De 65 ans et plus :

13 > Composition familiale : (en nombre de personnes)

- Hommes isolés :
- Femmes isolées :
- Couples sans enfant :
- Couples avec enfant(s) :
- Couples avec enfant(s) sans la garde :
- Familles monoparentales avec enfant(s) :
- Familles monoparentales avec enfant(s) sans la garde :

14 > Ancienneté dans la pension de famille : (en nombre de personnes)

- Moins de 1 an :
- Entre 1 an et 3 ans :
- Entre 3 ans et 5 ans :
- Plus de 5 ans :

15 > Combien de personnes présentent... :

- Une addiction* :
- Des difficultés liées au vieillissement* :

Définition proposée basée sur les conditions d'obtention de l'allocation personnalisée d'autonomie : avoir besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou être dans un état suscitant une surveillance régulière.

- Un handicap physique :
- Des troubles psychiques reconnus* :
- Sont sous tutelle ou curatelle :
- Sont en fin de vie (cf. définition ci-dessous) :

Définition de la fin de vie proposée par l'Observatoire National de la Fin de Vie : patient atteint d'une maladie grave en phase avancée ou terminale et pour lequel il serait possible de dire « je ne serai pas surpris qu'il décède au cours des 6 prochains mois ».

- Autre (précisez) :

15 bis > Si réponse à des items avec des astérisques à la question précédente :

Si vous accueillez des personnes ayant une addiction reconnue avez vous mis en place des actions spécifiques ?

- Oui Non

Si oui, (plusieurs réponses possibles)

- Formation auprès des professionnels
- Partenariat spécifique (associations spécialisés, professionnels médicaux,...)
- Autre (précisez) :

Si vous accueillez des personnes atteintes de troubles psychiatriques, avez vous mis en place des actions spécifiques ?

- Oui Non

Si oui, (plusieurs réponses possibles) :

- Formation auprès des professionnels
- Partenariat spécifique pour l'accès aux soins (secteur de psychiatrie, clinique privée, accueil de jours, SAVS...)
- Autre (précisez) :

Si vous accueillez des personnes vieillissantes avez vous mis en place des actions spécifiques ?

- Oui Non

Si oui, (plusieurs réponses possibles) :

- Formation auprès des professionnels
- Partenariat spécifique (aide à domicile, médecin, infirmier...)
- Adaptation des locaux
- Autre (précisez) :

16 > Quelle est la situation des personnes par rapport à l'emploi ? (en nombre de personnes)

- Activité professionnelle à temps complet (CDI, CDD) :
- Activité professionnelle à temps partiel (CDI, CDD) :
- Activité professionnelle protégée (ESAT, travail de réinsertion...) :
- Congé maladie :
- Demandeur d'emploi :
- En formation :
- Retraité :
- Sans activité :
- Activité bénévole régulière :
- Autre (*précisez*) :

17 > Nature des ressources : (une personne peut cumuler plusieurs ressources)

- Allocation adulte handicapé (AAH)
- Allocation chômage
- Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)
- Pension d'invalidité
- Retraite
- Revenu de solidarité active (RSA)
- Salaire
- Sans ressources
- Autre (*précisez*) :

18 > Combien de personnes ont un dossier en cours de traitement et/ou validé à la commission départementale de surendettement ?

Ne sait pas

19 > Logez-vous majoritairement les publics suivants, ?

	Oui	Non
Des personnes victimes de violence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des femmes enceintes ou mères isolées accompagnées d'enfant(s) de moins de 3 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des personnes sortant de prison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des personnes confrontées à l'alcoolisme, à des toxicomanies ou à d'autres dépendances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des personnes souffrant de pathologies lourdes et invalidantes ou d'un traumatisme spécifique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des personnes étant ou ayant été en situation de prostitution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des travailleurs migrants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des personnes vieillissantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des réfugiés statutaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des demandeurs d'asiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (<i>précisez</i>) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20 > Pour les pensions de familles ouvertes avant le 1^{er} janvier 2010 : avez-vous été amené ou envisagez-vous de modifier le projet social de votre structure ?

Oui Non

20 bis > Si oui, pour quelles raisons ? (plusieurs réponses possibles)

- Le projet social n'était plus adapté au public accueilli
- Le projet social n'était pas adapté aux demandes locales reçues par l'association
- Le projet social a été modifié à la demande des partenaires (institutionnels ou associatifs)
- Autre (*précisez*) :

21 > Votre projet social initial prévoyait-il l'accueil de public spécifique ?

À préciser (par exemple : personnes vieillissantes ou femmes seules victimes de violence) :

CONDITIONS D'ENTRÉE ET DE SORTIE, PARCOURS DES RÉSIDENTS

22 > Logement ou hébergement antérieur à la pension de famille : (en nombre de personnes)

- Habitat inadéquat (bidonville, squat, habitat de fortune) :
- Hébergement (CHRS, CHU) :
- Hôpital psychiatrique (durée supérieure à 3 mois) :
- Hôpital (durée supérieure à 3 mois) :
- Locataire parc privé :
- Locataire parc social :
- Logement familial (chez les parents) :
- Logement insalubre :
- Prison :
- Propriétaire :
- Résidence sociale, pension de famille, foyer de travailleurs migrants, foyer de jeunes travailleurs :
- Rue :
- Ne sait pas :

23 > Pour les résidents issus d'un logement social ou privé, motif principal de la perte du logement antérieur : (en nombre de personnes)

- Fin de bail, expulsion :
- Impayé de loyer, endettement :
- Raisons de santé, handicap, troubles psychiques :
- Rupture conjugale ou familiale, violence conjugale :
- Logement insalubre :
- Ne sait pas :
- Autre (*précisez*) :

24 > Combien de résidents ont-ils déjà été locataires ou propriétaires de leur logement dans leur parcours antérieur ?..... Ne sait pas

25 > Principaux circuits d'orientation vers la pension de famille : (plusieurs réponses possibles)

- Associations partenaires
- Centres d'hébergement
- Dispositif de veille sociale (115, équipes mobiles, accueil de jour...)
- Établissements de santé (hôpitaux, centres médico-psychologiques)
- Initiative de la personne elle-même
- Réservataires (État, collectivités locales, réseau Action Logement...)
- Service social (CCAS, conseil général, caisse allocations familiales...)
- Système intégré d'accueil et d'orientation (SIAO)
- Autre (*précisez*) :

26 > Modalités d'attribution du logement : (plusieurs réponses possibles)

- Commission d'attribution interne à la structure gestionnaire
- Commission d'attribution avec des partenaires extérieurs :
 - Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) ou DDCSPP (protection des populations)
 - Réservataires
 - SIAO
 - Associations partenaires
 - Centre communal d'action sociale (CCAS)
 - Autre (*précisez*) :
- Attribution directe (sans commission)

27 > Avez-vous été amené à refuser des demandes (2012-2013) ?

- Oui Non

27 bis >

- Absence de place adaptée en raison de la composition familiale
- Défaut d'autonomie (social et/ou physique) de la personne
- Maintenir l'équilibre du groupe des résidents présents
- Maladie psychique non stabilisée
- Pas de logement accessible au handicap
- Autre (*précisez*) :

28 > Avez-vous une liste d'attente ?

- Oui Non

29 > Des personnes ont-elles refusé d'intégrer la pension de famille en 2013 ?

- Oui Non

29 bis > Combien : ...

29 ter >

Quels sont les principaux motifs de refus?

- La localisation
- Le poids de la vie collective
- Le peuplement
- Le prix
- Autre (*précisez*) :

30 > Avant leur admission, les personnes sont-elles accueillies préalablement pour vérifier que la pension de famille leur convient (et réciproquement) ?

- Oui Non

31 > Pour les résidents ayant quitté la pension de famille en 2013, sont-ils sortis vers ? (en nombre de personnes)

- Autre dispositif du gestionnaire :
- Intermédiation locative (sous location, bail glissant...) :
- Hébergement (CHRS, CHU...) :
- Hébergement chez un tiers :
- Hôpital :
- Hôpital psychiatrique :
- Hôtel :
- Logement parc privé :
- Logement parc social :
- Maison de retraite :
- Vers une autre pension de famille :
- Prison :
- Résidence accueil / vers une autre résidence accueil :
- Résidence sociale :
- Rue :
- Décès :
- Destination inconnue :
- Autre (*précisez*) :

32 > Y a-t-il un suivi des résidents après leur sortie ?

- Oui Non

ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA PENSION DE FAMILLE

LA PENSION DE FAMILLE ET SON ENVIRONNEMENT

33 > Caractéristiques du bâti de la pension de famille : (plusieurs réponses possibles)

- Un bâtiment indépendant
- Un bâtiment principal associé à des logements en diffus
- Un foyer-soleil
- Un bâtiment en copropriété
- Logements privés
- Logements sociaux
- Un bâtiment comportant un autre dispositif d'accueil : (plusieurs réponses possibles)
- Accueil de jour
- CHRS
- Résidence accueil
- Résidence sociale
- Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)
- Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)
- Service d'accompagnement vers et dans le logement (AVDL) ou service accompagnement social lié au logement (ASLL)
- Autre (*précisez*) :

33 bis > Dans ce cas, l'autre dispositif est-il géré par le même gestionnaire ?

- Oui Non
- Autre (*précisez*) :

34 > Quartier d'implantation : (plusieurs réponses possibles)

- Rural
- Centre-ville
- Hors centre-ville
- Urbain
- Quartier prioritaire de la politique de la ville

35 > Transports en commun à proximité : (plusieurs réponses possibles)

- Bus urbain
- Car départemental
- Métro ou Réseau ferré urbain
- Tramway
- Pas de transports en commun à proximité

36 > Distance à l'arrêt du transport en commun le plus proche :

- 150 mètres
- 300 mètres
- 500 mètres
- Plus de 500 mètres
- Sans objet

37 > Temps d'accès aux commerces (à pied) :

- Inférieur ou égal à 10 minutes
- Entre 11 et 20 minutes
- Plus de 20 minutes

38 > Temps d'accès à d'autres services (à pied) : (plusieurs réponses possibles)

	Inférieur ou égal à 10 minutes	Entre 11 et 20 minutes	Plus de 20 minutes
Services administratifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services sociaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services culturels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39 > Les résidents fréquentent-ils les services ou associations de quartier suivants ? (plusieurs réponses possibles)

- Associations de quartier
- Centres de soins du quartier
- Commerces, restaurants du quartier
- Jardins collectifs
- Services culturels de proximité
- Autre (*précisez*) :.....

40 > Les résidents fréquentent-ils les services de proximité suivants ? (plusieurs réponses possibles)

- Associations caritatives
- Groupe d'entraide mutuel (GEM)
- Hôpital de jour
- Services sociaux
- Autre (*précisez*) :.....

41 > Travaillez-vous en lien (formel ou informel) avec les structures suivantes ? (plusieurs réponses possibles)

- Associations caritatives
- Associations de loisirs, services culturels
- Associations de quartier
- Centres de soins du quartier
- Commerces de proximité
- Épicerie sociale, banque alimentaire
- Hôpital (hors psychiatrie)
- Hôpital de jour
- Infirmiers
- Médecins de ville
- Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)
ou service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)
- Services d'aide à domicile
- Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP)
- Services de prévention
- Services de psychiatrie
- Services sociaux
- Services de tutelle
- Autre (*précisez*) :

LES LOGEMENTS

42 > Quelles typologies de logements et de chambres la pension de famille propose-t-elle ?

Typologie	Nombre	Surface moyenne	dont partagés ⁷⁵
Chambre simple			
Chambre avec lavabo			
Chambre avec WC et salle d'eau			
T1 avec Kitchenette			
T1 bis avec cuisine séparée			
T2			
T3, T4 et plus			

43 > Reste à payer (redevance moins APL) :

mini : maxi :

44 > En 2013, combien de personnes se sont retrouvées en situation d'impayés de redevance (3 mois d'impayés consécutifs)?

45 > Les logements sont-ils meublés ?

Oui Non

46 > Combien de logements sont-ils accessibles aux personnes handicapées ?

47 > Les résidents ont-ils la possibilité de fermer leur logement à clef ?

Oui Non

48 > Les conditions d'accès du logement par l'hôte sont-elles précisées dans le règlement intérieur ou dans le contrat d'occupation ?

Oui Non

⁷⁵ Chambre ou logement occupé par deux ou plusieurs personnes ne formant pas un ménage.

49 > L'hôte peut-il rentrer dans le logement en dehors de la présence du résident ?

- Oui Non

49 bis > Si oui, l'accord de la personne est-il demandé à chaque fois ?

- Oui Non

50 > Pour quels motifs, l'hôte peut-il être amené à rentrer dans le logement, sans l'accord de la personne ? (plusieurs réponses possibles)

- Inquiétude vis-à-vis de la santé de la personne
- Problème de voisinage
- Raison technique lié au logement
- Visite du logement par les hôtes pour vérifier l'état du logement
- Autre (*précisez*) :

51 > Les résidents ont-ils une boîte aux lettres individuelle ?

- Oui Non

52 > L'accès au logement pour les visiteurs se fait par : (plusieurs réponses possibles)

- La pension de famille est ouverte
- Interphone individuel
- Interphone du bureau de l'hôte aux heures d'ouverture
- Autre (*précisez*) :

LES ESPACES COLLECTIFS ET ACTIVITES

53 > Les espaces collectifs : (plusieurs réponses possibles)

- Salle d'activités / d'animation /TV

- Oui
 Non

- Salle à manger

- Oui
 Non

- Cuisine

- Oui
 Non

- Jardin

- Oui
 Non

- Buanderie

- Oui
 Non

- Autre (*précisez*) :

- L'accès au logement impose-t-il de traverser les espaces collectifs ?

- Oui
 Non

54 > L'hôte a-t-il un bureau ?

- Oui Non

55 > Activités collectives proposées ? (plusieurs réponses possibles)

- Activités de loisirs organisées sur site (jardinage, bricolage, art...)
- Actions de santé, prévention
- Réunions d'information sur l'accès aux droits, l'insertion professionnelle, l'aide à la recherche d'un logement
- Repas collectifs
- Sorties culturelles, de loisirs (bibliothèque...)
- Sorties organisées avec d'autres structures
- Autre (*précisez*) :

56 > Les personnes sont-elles impliquées dans le ménage des espaces communs (salle d'activité, couloir, cour...) ?

- Oui Non

57 > Les résidents ont-ils accès aux espaces collectifs en dehors de la présence de l'hôte ?

A tous

A certains seulement

<input type="checkbox"/> Cuisine	<input type="checkbox"/> Salle à manger
<input type="checkbox"/> Salle d'activité/d'animation/TV	<input type="checkbox"/> Buanderie
<input type="checkbox"/> Jardin	<input type="checkbox"/> Autre (<i>précisez</i>) :

Non

58 > Jugez-vous la fréquentation des espaces collectifs ?

Faible

Moyenne

Forte

59 > La participation aux activités collectives est-elle obligatoire ?

Oui

Non

LE REGLEMENT INTERIEUR ET FONCTIONNEMENT

60 > Y a-t-il un conseil de concertation ou comité de résidents (ou conseil de maison, conseil de vie sociale, réunion de locataire...) ?

Oui

Non

60 bis > Si oui, combien de fois s'est-il réuni en 2013 ?

1 fois

2 fois

3 fois

4 fois et plus

60 ter > Si oui, la participation est-elle obligatoire ?

Oui

Non

60 quart > Comment jugez vous la participation ?

Faible

Moyenne

Forte

61 > Un règlement intérieur a-t-il été mis en place ?

Oui

Non

62 > Est-il possible d'accueillir des visiteurs ?

Oui

Non

62 bis > Si oui,

- Dans le logement
- Dans les espaces collectifs
- Dans les deux

63 > Est-il possible d'héberger des visiteurs ?

- Oui
- Non

63 bis > Si oui, y a-t-il une limitation dans la durée ?

- Oui
- Non

64 > Y a-t-il des horaires de visite ?

- Oui
- Non

65 > Est-il possible d'accueillir des animaux ?

- Oui
- Oui, sous conditions
- Non

66 > Est-il possible de consommer de l'alcool ?

- Oui
- Non

66 bis > Si oui,

- Dans le logement
- Dans les espaces collectifs
- Dans les deux

67 > Les résidents sont-ils associés à la définition ou aux révisions du règlement intérieur ?

- Oui
- Non

68 > Quels sont les principaux motifs d'exclusion prévus dans le règlement intérieur ?

(plusieurs réponses possibles)

- Abus de drogue / d'alcool
- Violence envers un résident
- Autre (*précisez*) :

69 > Les résidents et la pension de famille concluent-ils un contrat d'occupation ?

- Oui
- Non

70 > Quelle est la durée du contrat ?

- Un mois renouvelable par tacite reconduction
- Illimité
- Autre (précisez) :

RÔLE ET MISSIONS DE L'HÔTE

71 > Combien êtes-vous de professionnels occupant la fonction d'hôte dans la structure ?

.....

72 > Depuis combien de temps êtes-vous dans cette pension de famille ?

Hôte 1 :

Hôte 2 :

Hôte 3 :

72 bis > Est-ce votre première expérience professionnelle en tant qu'hôte ?

Hôte 1 Oui Non

Hôte 2 Oui Non

Hôte 3 Oui Non

73 > Y a-t-il des bénévoles ?

Oui Non

73 bis > Si oui, combien sont-ils ?

73 ter > Quel est leur temps de présence ?

- Quotidiennement
- Une ou plusieurs fois par semaine
- Une ou plusieurs fois par mois
- Ponctuellement

73 quart > Quel est leur rôle ? (plusieurs réponses possibles)

- Animation d'activités
- Assiste l'hôte
- Gestion de la structure
- Référent de résident(s)
- Autre (*précisez*) :

74 > Y a-t-il d'autres professionnels que les hôtes ?

- Oui
- Non

74 bis > Si oui, lesquels ? (plusieurs réponses possibles)

Autres professionnels	Salariés du gestionnaire ou prestataires extérieurs	Partenaires	Non concerné
Agent d'entretien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gardien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veilleur de nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnel de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travailleur social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (<i>précisez</i>) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75 > Quel est le temps de présence de l'hôte ou des hôtes dans l'établissement ? (plusieurs réponses possibles)

- Tous les jours du lundi au vendredi : présence en journée entière
- Tous les jours du lundi au vendredi : présence en demi-journée
- Les soirs de la semaine (après 20 heures)
- La nuit
- Le samedi
- Le samedi et le dimanche
- Autre (*précisez*) :

76 > Quels sont les dispositifs mis en place en-dehors de ces temps de présence ? (plusieurs réponses possibles)

- Astreinte
- Permanence téléphonique
- Veilleur de nuit/ gardien
- Aucun
- Autre (*précisez*) :

77 > Quelle est votre formation initiale (si plusieurs hôtes, formation de chacun) ? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aide médico-psychologique | <input type="checkbox"/> Maître de maison |
| <input type="checkbox"/> Animateur | <input type="checkbox"/> Moniteur éducateur |
| <input type="checkbox"/> Assistant de service social sociale et familiale | <input type="checkbox"/> Technicien de l'intervention |
| <input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie sociale | <input type="checkbox"/> Aucune formation spécifique |
| <input type="checkbox"/> Conseiller en économie sociale et familiale | |
| <input type="checkbox"/> Éducateur spécialisé / Éducateur | <input type="checkbox"/> Autre (<i>précisez</i>) : |

78 > Avez-vous bénéficié d'une formation complémentaire depuis votre prise de poste ?

- Oui Non

78 bis > Si oui, (plusieurs réponses possibles)

- Formation sur les troubles psychiques et leur accompagnement
- Formation sur l'accompagnement des personnes en fin de vie
- Formation sur les addictions
- Formation sur l'accompagnement des personnes vieillissantes
- Formation en vue d'animer la pension de famille (art, culture...)
- Autre (*précisez*) :

79 > Quelles sont vos principales missions ? (plusieurs réponses possibles)

- Vie quotidienne
 - Écoute / orientation
 - Garant du respect du règlement intérieur / régulation de la vie collective
 - Animation et gestion d'activités collectives
 - Aide aux actes de la vie quotidienne (courses, ménage...)
 - Aide à la gestion du budget
 - Accompagnement aux soins, aux rendez-vous médicaux
- Aide aux démarches administratives
 - Aide à la recherche d'un logement
 - Aide à la recherche d'un emploi / à l'insertion professionnelle
 - Accompagnement vers des activités de loisirs
 - Autre (*précisez*) :
- Organiser / maintenir les partenariats
(administration de l'hôpital, le service de tutelle, le service d'aide à domicile...)
- Autre (*précisez*) :

80 > Y a-t-il eu des décès ou des situations de fin de vie au sein de votre établissement en 2013 ?

- Oui Non

80 bis > Si oui, combien de personnes accueillies sont décédées entre le 1^{er} janvier 2013 et le 31 décembre 2013 ? :

83 > Un ou plusieurs professionnel(s) de votre établissement ont-ils été sensibilisés ou formés à l'accompagnement de la fin de vie ?

- Oui Non

84 > Existe-t-il un besoin de formation ou de sensibilisation à l'accompagnement de la fin de vie ?

- Oui Non Ne se prononce pas

85 > Selon vous, sur une période de 5 à 10 ans, les situations de fin de vie sont :

- De plus en plus fréquentes
 Aussi fréquentes qu'avant
 De moins en moins fréquentes
 Ne se prononce pas

Annexe 3 - Fiche individuelle de repérage des publics relevant de structures médico-sociales actuellement en CHRS ou pension de famille **Version modifiée 27/11**

Cette fiche est à renseigner uniquement pour les personnes pour lesquelles une orientation médico-sociale est identifiée, quelque soit le niveau d'avancement du projet.

Elle est transmise à la DDCS à l'adresse électronique suivante : ddcs-alerte@finistere.gouv.fr.

Elle vise :

- à identifier les besoins et à favoriser les adaptations de l'offre médico-sociale à ce public.*
- à vérifier l'inscription sur les listes d'attente des structures des personnes relevant de structures pour personnes âgées*
- à saisir le cas échéant la commission en charge de la gestion des situations critiques (réf. circulaire n°DGCS/SD3B/CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013 relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes)*

Nom et coordonnées de la structure :

NOM	:
Prénom	:
Date de naissance	:
Date entrée dans la structure	:
Lieu de vie ou structure	:

avant admission		
Ressources	oui :	non : en cours :
Préciser la nature :		
Mesure de protection	:	oui non
Type de mesure :		
Organisme mandaté par le juge :		
Soins actuellement dispensés <i>au sein</i> de la structure	:	oui non
Modalités de mise en œuvre (préciser la fréquence des interventions, le type d'organisme...)		
Soins actuellement dispensés <i>à l'extérieur</i> la structure	:	oui non
Préciser la nature :		
Accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne	:	oui non
Perte d'autonomie dans la vie quotidienne :	oui	non

Si oui description :

Accompagnement mis en place : (préciser le type d'organisme, la fréquence des interventions, ses modalités)

Prestations actuelles :

APA : **oui non en cours**

ACTP : **oui non en cours**

PCH : **oui non en cours**

Autres (préciser) :

Accompagnement social :

Si la personne est en pension de famille : **oui non préciser**
(organisme, modalités d'intervention...)

Si la personne est en CHRS ou pension de famille, l'accompagnement social mis en œuvre est il encore possible ?

oui non préciser

Décrire les limites de la prise en charge actuelle au sein de la structure :

Considérez vous que la personne compte tenu des limites de la prise en charge dans votre structure est en situation de danger

Pour elle même **oui** **non**

Pour autrui **oui** **non**

Perspectives de sorties :

Besoins identifiés : **oui** **non**

Si non pourquoi ?

Type de structure dont relèverait la personne :

EHPAD	Foyer de vie
Foyer logement pour personnes âgées	MAS
FAM	ESAT sans hébergement
ESAT avec foyer d'hébergement	Famille d'accueil
Autres (préciser)	

Démarches effectuées : **oui** **non**

Si non pourquoi ?

Dossier MDPH	Oui (date de dépôt)	Non	en cours
Date de la décision MDPH orientation :			
Structures ou dispositifs sollicités et date			
Coordonnées- adresse :			
Difficultés rencontrées pour l'accès à ces structures :			

Annexe 4 - Liste des entretiens réalisés dans le cadre du mémoire

Septembre – octobre 2015

Opérateurs :

- Pension de famille en Ile-et-Vilaine: directeur, hôte, résident
- Résidence accueil en Ile-et-Vilaine : directeur, résidents
- Pension de famille à Paris : directrice
- F. GERARD-CHALET, présidente de l'association La mie de pain
- L. COLIN, référente de la pension de famille Esperanza à Brest, CCAS Brest
- C. CHRISTIEN, responsable du projet de pension de famille pour personnes vieillissantes à Brest, CCAS Brest

Services de l'Etat et établissements publics :

- DRJSCS Bretagne :
 - JL. PRIGENT, directeur régional adjoint
 - L.. LAUNAY, responsable de l'unité « Politiques hébergement - logement et insertion des personnes vulnérables » du programme 177
- DDCS des Côtes d'Armor :
 - C. BUZZI, directeur adjoint, membre du groupe de travail national sur les pensions de famille
 - JM. GUEDES, responsable de la mise en œuvre des politiques sociales de l'Etat visant l'hébergement et le logement
 - C. DENIS, conseillère technique chargée des pensions de famille et du suivi SIAO
- DDCS du Finistère (questionnaire) :
 - F. QUEINEC, responsable de la planification, programmation des équipements et allocations de ressources
 - V. KALBACHER, référente pensions de famille
- DDCS-PP d'Ile-et-Vilaine :
 - G. COETMEUR, responsable de l'unité de lutte contre les exclusions (AHI)
 - R. POQUERUSSE, chargé de la régulation des dispositifs d'hébergement et d'insertion
- DDCS du Morbihan :
 - A. VIELLE-BOUSSION, responsable des politiques d'inclusion et d'insertion
 - V. POMARIEGA : conseillère technique en travail social
- ARS Bretagne : A. MOHANU, référent régional santé – précarité
- DGCS : G. ZAROUÏ, chargé de mission Politique d'accès au logement - logement accompagné
- DIHAL : M. GAFFET, cheffe de projet logement

Têtes de réseaux et fédérations :

- Fondation Abbé Pierre : M. MARTIN, délégué régional Bretagne
- FNARS Bretagne : C. CORNELISSEN, chargée de mission
- UNAFO : G. DESRUMAUX, délégué général

Annexe 5 – Exemple de questionnaire et de grille d’entretien utilisés dans le cadre du mémoire

Questionnaire DDCS

- **Au niveau départemental :**

1. Quel est le taux d’équipement sur le département ? Le taux d’occupation moyen ? Grands écarts ? Existe-t-il des listes d’attente pour les pensions de famille et résidences accueil ?
2. Un équilibre a-t-il été trouvé entre l’offre de pensions de familles et l’offre de résidences accueil ? Constatez-vous un glissement de population ?
3. Y a-t-il eu une exploitation locale de l’enquête DIHAL CEREMA ?

- **Financement :**

4. Depuis 2010, le financement est-il constant à 16 € / jour / personne pour les pensions de famille et résidences accueil du département ?
5. La dotation est-elle suffisante, ou le montant des redevances reste-t-il trop élevé au regard des revenus moyens (AAH, RSA, SMIC taux plein) ?
6. Existe-t-il d’autres financements ? (projets, etc...) ? Emargement BOP 177 ? Autres lignes de crédit ?
7. Quel est selon vous l’intérêt d’intégrer le financement des pensions de famille à la dotation régionale limitative ?

- **Positionnement DDCS :**

8. Pouvez-vous définir le rôle de la DDCS vis-à-vis des pensions de famille et résidences accueil ?
9. Connaissance des structures : de quels documents disposez-vous (comptes administratifs,...) ? Comment suivez-vous l’activité ?
10. Comment sont appréhendées ces structures par les DT et le secteur sanitaire :
 - a. Encourager le conventionnement ?
 - b. Objet du conventionnement ?
11. Existe-t-il des zones non couvertes ? Pourquoi (manque de portage associatif, élus,...) ?
12. Dans un contexte de manque de logement, de hausse de la demande ou de rationalisation des places de CHRS, la pension de famille intervient-elle comme un palliatif des déficits locaux ?
13. Qui oriente vers les pensions de famille ?
14. La DDCS participe –telle aux commissions d’admission ?

- **Implication des problématiques santé / vieillissement :**

15. Que pensez-vous de projets d’organisation de stages croisés ?
16. Quelles pistes sont envisagées pour répondre aux problématiques santé/vieillessement ?
17. Quelle serait la plus-value d’une vacation d’IDE coordinatrice ? Cette demande a-t-elle déjà été formulée ?
18. Quelles solutions sont mises en œuvre pour les personnes vieillissantes ?
 - a. EHPAD partenaires (ex : petites sœurs des pauvres) ?
 - b. Autres services ?
 - c. Opportunité d’un projet de pension de famille pour personnes vieillissantes ?

Grille d'entretien

Hôtes de pensions de famille / résidences accueil

Introduction :

- Présentation personnelle, du sujet de mémoire, de la DRJSCS, de la démarche
 - Règles : confidentialité, traitement des données
1. Quelle est votre formation ?
 2. Selon vous, qu'est-ce qui est le plus difficile dans le quotidien d'un hôte ?
 3. Bénéficiez-vous d'un soutien ? groupe d'analyse des pratiques ?
 4. Avez-vous été amenée à accompagner des situations de fin de vie ?
 5. Avez-vous été amenée à accompagner des situations de fin d'urgence psychiatrique ?
 6. Qui gère la coordination des parcours médicaux des résidents ? l'observance des traitements ?
 7. Y a-t-il des conventions passées avec les services de psychiatrie ?
 8. D'après votre expérience, avez-vous constaté une évolution du public accueilli ?
 9. Comment qualifiez-vous la mixité sociale au sein du groupe de résidents ?
 10. Avez-vous suivi ou souhaiteriez-vous suivre des formations/sensibilisations à :
 - a. L'accompagnement à la fin de vie ?
 - b. La prise en charge des troubles d'ordre psychique ?
 - c. La prise en charge de troubles liés aux addictions ?
 11. Selon vous, qu'est-ce qu'il reste à bâtir avec le secteur médical ?
 12. En cas d'impossibilité de maintien dans la pension de famille, quelles solutions sont recherchées et comment ?
 - a. En cas de trouble menaçant la sécurité et la dynamique du collectif ?
 - b. En cas de perte d'autonomie liée au vieillissement ?
 13. De votre avis, faut-il développer des résidences accueil et pensions de famille pour personnes vieillissantes ?
 14. A votre avis, peut-on garder une personne souffrant d'un cancer à un stade avancé, qui nécessiterait des soins et un accompagnement renforcé en pension de famille classique ?

GED LAFON

Marie

Mars 2016

Inspecteur de l'action sanitaire et sociale

Promotion Coluche (2014 – 2016)

Les pensions de famille à l'épreuve de la santé et du vieillissement de leurs résidents : constats et perspectives d'évolutions en Bretagne

Résumé :

Les pensions de famille sont des dispositifs de logement adapté dédiés à la réinsertion sociale des personnes isolées, en situation de précarité. Elles se sont développées de manière importante, depuis la circulaire Versini du 10 décembre 2002 qui en a défini le cadre.

Le recul et l'expérience sur ces structures permettent aujourd'hui de saluer le succès de celles-ci. Ils interrogent cependant sur l'impact de l'état de santé des résidents, de leur avancée en âge. Ils questionnent l'offre de soins mobilisable pour des personnes dont la santé somatique et/ou psychique se sont parfois dégradées de manière importante. Enfin, le vieillissement de résidents, dans certains cas présents dans la pension de famille depuis son ouverture, pose la double problématique du maintien à domicile en dépit d'une autonomie amoindrie et de la difficile coordination avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Ce mémoire, qui repose sur l'étude de ces préoccupations collectives sur le territoire breton, tend à aborder le sujet de la santé et du vieillissement au travers de plusieurs thématiques : analyse des offres existantes (pensions de famille et résidences accueil, EHPAD et services de santé impliqués), étude du profil du public accueilli, questions liées au rôle des services de l'Etat, qualification des missions des hôtes de ces structures. Il propose enfin des pistes d'optimisation pour l'accompagnement des résidents affaiblis par la maladie et les conséquences d'un processus de vieillissement prématuré.

Mots clés : PENSIONS DE FAMILLE – RESIDENCES ACCUEIL – LOGEMENT ADAPTE – RESIDENTS - BRETAGNE – RUPTURES DE PARCOURS – FRAGILITE SOCIALE – SANTE - TROUBLES PSYCHIQUES – ADDICTIONS - VIEILLISSEMENT PREMATURE – FIN DE VIE – INCLUSION SOCIALE – LUTTE CONTRE LA PRECARITE – POLYPATHOLOGIE – ACCOMPAGNEMENT

L'Ecole des Hautes Etudes 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.