



**Master 2**  
**Situations de handicap et**  
**participation sociale**

Promotion : **2023-2024**  
Date du Jury : **Septembre 2024**

**Pensions de familles et questions de santé :**  
**Une étude sur les maisons relais et résidences**  
**accueil de la métropole rennaise**

**Juliane ANGER**



---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier sincèrement toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, un grand merci à mon directeur de mémoire, Pierre Antoine Chauvin pour ses conseils avisés durant la construction de cette enquête et l'analyse des résultats.

Je souhaite également remercier mes tuteurs de stage Jérémy Vallot et Alexis Gautier pour avoir été à l'initiative de ce projet et pour m'avoir permis de travailler auprès des équipes. Merci pour nos échanges et votre soutien tout au long de ce travail.

Enfin, je remercie toutes les équipes avec lesquelles j'ai eu la chance de collaborer durant cette période ainsi que tou.te.s les résident.e.s qui ont accepté de participer à cette étude. Votre aide, vos conseils et votre gentillesse ont rendu cette expérience très précieuse.

Un merci tout particulier à Martine Briand pour ses relectures attentives et ses précieuses corrections.



# Sommaire

Introduction.....	1
<b>Chapitre I. Une enquête mixte sur les pensions de famille.....</b>	<b>8</b>
A/ Les conditions d'entrée sur le terrain.....	8
1. L'accès au terrain : une entrée par les professionnel.le.s.....	8
2. La construction d'une enquête statistique sur la base d'observations de terrain.....	10
3. Des difficultés liées à la spécificité du stage.....	12
B/ Les apports d'une enquête par questionnaire auprès d'un public précaire.....	13
1. La passation du questionnaire et ses principaux résultats.....	13
2. Questionnaires et entretiens : des outils complémentaires à l'approche statistique.	18
La phase d'entretien avec les résident.e.s.....	23
La passation de questionnaires auprès des professionnel.le.s.....	24
3. La phase d'analyse des données.....	26
<b>Chapitre II. Les résident.e.s de pensions de familles, des parcours marqués par les problématiques de santé mentale.....</b>	<b>28</b>
A/ Sociographie de cinq profils de résident.e.s.....	28
1. Profil « personnes ayant un parcours en psychiatrie » - 36,3%.....	28
2. Profil « personnes venant d'hébergement social (hors urgence) » - 34,7%.....	32
3. Profil « jeunes majeurs et handicap non psychique » - 15,3%.....	36
4. Profil « personnes vieillissantes et/ou sortie de rue » - 9,7%.....	38
5. Profil pénitentiaire – 4%.....	40
B/ La prévalence de troubles psychiques et addictifs.....	43
1. Un profil local plus marqué par le handicap psychique.....	43
2. Un défi pour l'accompagnement des professionnel.le.s.....	47
<b>Chapitre III. La santé, une question centrale qui en éclipse d'autres.....</b>	<b>50</b>
A/ Une réponse sanitaire qui occulte d'autres problématiques.....	50
1. « Nous sommes une annexe de la psychiatrie », un diagnostic partagé par les professionnel.le.s.....	50
2. Un risque de surmédicalisation / psychiatrisation des problèmes sociaux.....	54
B/ Une approche budgétaire qui tend à médicaliser le social ?.....	59
1. Une approche médicale qui restreint l'autonomie des personnes.....	59
2. Entre aide nécessaire et ingérence : « la faille de l'autonomie ».....	65
Conclusion.....	70
Bibliographie.....	73
Liste des annexes.....	78

## Liste des sigles utilisés

AAH - Allocation aux adultes handicapés  
ADMR - Aide à domicile en milieu rural  
APL - Aide personnalisée au logement  
ARS - Agence régionale de santé  
ASLL – Accompagnement social lié au logement  
ASE - Aide sociale à l'enfance  
CCAS/CDAS - Centre communal (départemental) d'action sociale  
CESF - Conseillère en économie sociale et familiale  
CHU - Centre d'hébergement d'urgence  
CMP - Centre médico-psychologique  
CHGR - Centre hospitalier Guillaume Regnier  
CHRS - Centre d'hébergement et de réinsertion sociale  
CLH - Commission locale de l'habitat  
CSAPA - Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie  
DRASS-DDASS - Direction régionale (départementale) des Affaires sanitaires et sociales  
DRESS - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  
ESAT - Établissements et services d'aide par le travail  
FJT - Foyer de jeunes travailleurs  
MDPH - Maison départementale des personnes handicapées  
RSA - Revenu de solidarité active  
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 - Technicien en intervention sociale et familiale

## Introduction

Les dépenses liées au logement pèsent de plus en plus lourdement sur les ménages français les plus modestes, qui y allouent 40 % de leur budget. Depuis le début des années 2000 selon les données de l'OCDE, les prix de l'immobilier ont augmenté de 154 % en Europe, tandis que les revenus n'ont crû que de 18 % sur la même période. La pandémie de COVID-19 n'a fait qu'accentuer ce déséquilibre, engendrant une hausse conséquente des prix de l'immobilier en 2021<sup>1</sup>. Ce phénomène se répercute directement sur les ménages les plus fragiles avec une augmentation significative du nombre de sans-abris et de sans domicile fixe sur la même période.

Isolement familial et amical, précarité financière, handicap et troubles psychiques... Autant de facteurs qui rendent encore plus complexe l'accès au logement dans un contexte de crise. Mais l'instabilité du logement a un impact direct à la fois sur les liens sociaux, sur la possibilité de trouver un travail et sur la santé, particulièrement la santé mentale des individus, engendrant un cercle vicieux de précarisation économique, sociale et psychique. Depuis 2016, le Code de la santé publique souligne l'importance cruciale d'intégrer des questions de santé mentale dans tous les aspects de la vie publique.

*« La politique de santé mentale comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion. »<sup>2</sup>*

Le secteur du logement apparaît alors comme l'un des principaux acteurs qui, de par son rôle de stabilisation et de sécurisation, contribue activement à la réinsertion sociale des personnes avec des troubles de santé mentale. En France, les pensions de famille -encore méconnues il y a quelques années- jouent un rôle croissant dans l'accompagnement et l'inclusion des personnes en situation de précarité. Bien qu'elles ne soient pas spécifiquement dédiées à l'accueil d'un public souffrant de troubles psychique (seules les résidences accueil le sont), ces difficultés sont pourtant au cœur des préoccupations des professionnel.le.s. La prévalence élevée de personnes déclarant un handicap psychique au sein de ces structures témoigne d'une réalité sociale où instabilité du logement et problèmes

---

<sup>1</sup> Immobilier : la France souffre d'une grave pénurie de logements abordables – Le Monde, 2021

<sup>2</sup> Art. L. 3221-1 du Code de la santé publique

de santé mentale sont intrinsèquement liés. En tant que dispositifs d'hébergement de longue durée, les pensions de famille s'inscrivent donc dans une politique de logement social qui s'articule étroitement avec les objectifs de la santé publique.

En France, une résidence sociale se définit comme « *un établissement destiné au logement collectif à titre de résidence principale de personnes dans des immeubles comportant à la fois des locaux privatifs meublés ou non et des locaux communs affectés à la vie collective.* »<sup>3</sup>. Dans le code de la Construction et de l'Habitat, les **pensions de famille** ou **maisons-relais** sont une modalité particulière de résidence sociale : « *destinées à l'accueil sans condition de durée des personnes dont la situation sociale et psychologique rend difficile leur accès à un logement ordinaire.* »<sup>4</sup>

Elles sont instituées à la suite d'un appel à projet de 1997 qui mettait en place ce dispositif expérimental, et ont pour objectif d'offrir une alternative de logement pour des personnes en situation de grande exclusion, principalement issues de la rue et fortement désocialisées. Les maisons-relais sont alors imaginées comme un moyen de « *répondre aux besoins des personnes qui, sans nécessiter un accompagnement social lourd, ne peuvent, du fait de leur isolement social et affectif, trouver immédiatement un équilibre de vie dans un logement individuel autonome.* »<sup>5</sup>

Le terme de « maison-relais » -encore employé aujourd'hui- est issue de la circulaire DGAS/SDA n° 2002-595 du 10 décembre 2002 qui définit assez précisément le cadre d'intervention et le fonctionnement de ces dispositifs :

*« Il doit s'agir de petites structures comportant au moins dix logements et pas plus de vingt-cinq, composées essentiellement de Type 1, équipés pour permettre aux pensionnaires d'avoir un minimum d'autonomie. Le type de bâti peut être très diversifié mais il doit contribuer à la qualité de la vie de la pension elle-même et à son intégration dans l'environnement local.*

*Pour ce faire, vous envisagerez l'acquisition d'anciennes grandes maisons individuelles ou de bâtiments susceptibles d'être reconvertis en logements, situés plutôt en centre-ville ou en centre-bourg, à proximité de commerces, orientés sur la vie de quartier et offrant une liaison aisée avec les services sociaux de secteur. Ces bâtiments comporteront des espaces collectifs : salle de réunion ou de télévision et, le cas échéant, un jardin ou une cour. Vous veillerez à la bonne articulation entre espaces collectifs et privatifs pour*

---

<sup>3</sup> Article L633-1 du code de la construction et de l'habitation

<sup>4</sup> Idem

<sup>5</sup> Circulaire DGAS/SDA n° 2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons-relais



*permettre d'assurer la convivialité de la pension de famille gage de stabilité pour les pensionnaires mais aussi compte tenu des caractéristiques de la structure qui est de favoriser le lien social. »<sup>6</sup>*

La loi de Mobilisation pour le logement du 25 mars 2009 a plus tard consacré la dénomination « pension de famille », cependant il s'agit bien du même dispositif que la maison-relais.

Il ne s'agit donc pas d'un établissement de type foyer avec un accompagnement quotidien mais bien d'un logement social adapté mais autonome qui propose des activités collectives et une présence de professionnel.le.s du social en semaine -pas le soir ni pendant le week-end.

L'absence de durée limite dans l'occupation du logement est peut-être la caractéristique la plus importante des pensions de famille par rapport aux autres résidences sociales, puisqu'elle permet aux personnes de bénéficier d'une véritable stabilité dans le logement. La maison-relais n'est ni un dispositif d'urgence, ni de transition. Une fois admis, il est techniquement possible d'y rester toute sa vie.

La **résidence accueil**, quant à elle, admet spécifiquement des personnes atteintes de troubles psychiques. C'est une modalité particulière de pension de famille dédiée au même public cible que la maison-relais classique<sup>7</sup> mais dont l'état de santé psychique des résidents nécessite un suivi plus important du secteur sanitaire. Par conséquent, ce dispositif repose sur des partenariats forts et des conventions avec les services de santé mentale (Centre médico-psychologique, cliniques privées...) et les services d'accompagnement social (SAVS ou SAMSAH). Tout locataire qui entre dans le logement doit accepter de s'inscrire également dans un parcours de soin, ce qui n'est pas le cas dans la maison-relais classique.

Entrer en maison-relais est un processus parfois assez complexe, loin de constituer une solution de logement d'urgence. En effet, pour obtenir une orientation vers la maison-relais, une personne doit d'abord monter un dossier avec un ou une assistant.e social.e d'un service qui joue alors le rôle d'orienteur.

*« Les personnes accueillies peuvent faire l'objet d'une préconisation d'orientation par les CHRS, les hôpitaux psychiatriques, le service social de secteur, les CCAS, les services de tutelle, les services assurant des mesures d'ASLL. Autrement dit, l'accueil en pensions de famille ne se fait pas automatiquement. Il nécessite en amont un travail de*

---

<sup>6</sup> Circulaire DGAS/SDA n° 2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais (pensions de famille).

<sup>7</sup> Dans le cadre de ce travail et par soucis de clarté, le terme « maison-relais » sera utilisé pour désigner les maison-relais classiques, qui ne sont pas des résidences accueil.

*repérage et d'orientation effectué par les prescripteurs sur le territoire, en étroite collaboration avec les personnes concernées, et en lien avec les SIAO qui valident en dernier ressort les préconisations d'orientation.»<sup>8</sup>*

Après l'orientation par un.e professionnel.le du social, la personne doit obtenir une orientation délivrée par la Commission locale de l'habitat (CLH). Par la suite, elle peut demander à réaliser une rencontre d'admission avec les professionnel.le.s des maisons-relais dans lesquelles elle souhaite postuler. Enfin, son dossier est examiné et discuté en Commission d'admission des maisons relais avant décision d'admission définitive par l'établissement. En fonction des dates de la CLH et de la Commission des maisons relais, de la disponibilité des professionnel.le.s ainsi que des logements qui se libèrent, ce processus peut prendre quelques semaines à plusieurs mois<sup>9</sup>. Il est possible, et même conseillé, à la personne de déposer son dossier dans plusieurs maisons-relais afin d'augmenter ses chances d'obtenir une place. Le SIAO participe et anime la Commission d'admission des maisons-relais qui a lieu environ une fois par trimestre. Il est donc au cœur du dispositif et a un regard sur toutes les admissions. Néanmoins en Ille-et-Vilaine, les demandeurs rencontrent les professionnelles de la maison relais en amont de la Commission et la décision finale d'admission revient toujours à ces maisons-relais. Le fonctionnement est différent pour les résidences accueils qui ont leur propre commission en interne.

Depuis la création de ces dispositifs, le nombre de pension de famille n'a cessé de croître, atteignant aujourd'hui plus de 1000 dispositifs partout en France. Ces dernières années notamment, ont vu se multiplier les places en maison-relais et résidences accueil, passant de 12 702 en 2013 à 22700 en 2022<sup>10</sup>. Rien qu'à Rennes, deux nouveaux dispositifs ont ouvert entre décembre 2023 et avril 2024.

Cette évolution s'inscrit dans le cadre du plan quinquennal "Logement d'abord" débuté en 2018. Il s'agit d'une initiative, inspirée du « Housing first » américain et des exemples nordiques comme celui de la Finlande. Son objectif est de combattre le sans-abrisme en offrant un accès direct et stable au logement, sans conditions préalables. Les actions mises en place incluent la création de nouvelles places de logement social, la réhabilitation de logements vacants et le renforcement des dispositifs d'accompagnement pour éviter les expulsions et les retours à la rue. Ce modèle contraste avec les approches

---

<sup>8</sup> Unafo, guide des pensions de famille, p 14

<sup>9</sup> La plupart des maison-relais autour de Rennes n'acceptent que des listes d'attente très courtes (2/3 personnes) au vu de l'imprévisibilité des sorties.

<sup>10</sup> Hébergement & accès au logement : Les pensions de famille et résidences accueil : du modèle aux réalités d'aujourd'hui, Dihal, novembre 2015, page 136.

traditionnelles imposant souvent des étapes intermédiaires à l'accès au logement (comme les centres d'hébergement). L'objectif principal du "Logement d'abord" est de privilégier un accès rapide à un lieu d'habitation stable avec un accompagnement social adapté. Le logement est conçu comme un droit fondamental qui offre les conditions pour résoudre d'autres problèmes sociaux ou de santé. Il est alors pensé comme la première étape -et non la dernière- dans l'intégration sociale des plus démunis. Ce plan 2018-2022 s'appuie sur la loi DALO (Droit au Logement Opposable) de 2007, qui garantit un droit au logement pour tous, et s'inscrit dans une continuité de réformes sociales visant à renforcer l'accès aux droits pour les plus vulnérables. Ainsi, 7 200 nouvelles places de pensions de famille ont été ouvertes dans le cadre de cette politique entre 2017 et 2022, soit près de 50% du parc existant à fin 2016<sup>11</sup>.

La deuxième phase de ce plan, entre 2023-2027, mentionne explicitement l'« ouverture de 10 000 places de plus en pension de famille afin de faciliter la réinsertion des personnes en situation d'isolement ou d'exclusion sociale dans un cadre combinant logements individuels et espaces collectifs. »<sup>12</sup> Les maison-relais et résidences accueil restent donc un enjeu majeur du logement adapté dont le nombre de dispositifs ne semble pas avoir fini de se multiplier partout en France.

## **Contexte**

Cette recherche a été rendue possible grâce à un stage mutualisé entre six associations gérant des maisons relais et résidences accueil dans la métropole rennaise. L'initiative de ce stage est née d'un ressenti partagé entre les professionnel.le.s de différentes pensions de famille : une évolution du profil des résidents accueillis ces dernières années, en particulier en lien avec les questions de santé et de santé mentale. Les responsables des service habitat de ces associations participantes ont décidé de faire appel à une stagiaire de l'EHESP afin de créer et d'administrer un outil -à la forme alors encore indéterminée- permettant d'objectiver l'évolution du public des pension de famille. Cet outil, conçu pour être reconduit annuellement, devait ainsi permettre de suivre les évolutions du profil des résidents accueillis dans les pensions de famille de la métropole rennaise dans les années à venir.

Ce travail a été réalisé avec les données récoltées dans six maisons-relais et deux

---

<sup>11</sup> <https://www.ecologie.gouv.fr/politiques-publiques/logement-dabord-plan-quinquennal-logement-dabord-lutte-contre-abrisme>

<sup>12</sup> idem

résidences accueil de la métropole rennaise appartenant aux six associations participantes. Certaines de ces associations ont la charge d'autres maisons relais que celles qui ont été étudiées pour l'étude. Dans certains cas ces pensions de famille n'ont pas été prises en compte puisqu'elle ne se situaient pas dans la métropole rennaise, dans d'autres, leur ouverture était encore trop récente pour permettre de mener cette enquête sur le public accueilli. Enfin, une septième association s'occupant d'une maison-relais à Rennes n'a pas souhaité participer à l'étude. Ainsi, sur un total de onze dispositifs de ce type, trois maison-relais et résidence accueil du Grand Rennes n'ont pas été prises en compte dans ce travail -dont deux venaient seulement d'ouvrir ou bien ont ouvert pendant la réalisation de cette enquête.

Concernant la localisation, deux pensions de famille sont situées dans des villes autour de Rennes et 6 à Rennes même -dont 4 en plein centre-ville-, toutes à proximité d'au moins une ligne de bus urbain ou de métro. Trois sur huit des pensions de famille étudiées sont localisées dans un bâtiment qui comporte au moins un autre dispositif (CHRS, FJT, résidence sociale etc). Seule une résidence accueil dispose de logements dans le diffus, c'est à dire dispersés en ville à moins de 15 minutes à pied de l'espace commun de la résidence. Toutes, sauf une maison relais, proposent des logements meublés et le loyer varie aux alentours de 400-500 euros. Beaucoup de résidents touchent le maximum des aides personnalisées au logement ainsi qu'un complément spécifique aux maisons relais, pour un reste à charge de moins d'une centaine d'euros.

Les pensions de famille étudiées ont ouvert entre 2011 pour la plus ancienne et 2019 pour la plus récente et comptent entre 8 et 24 studios avec des dimensions variées, d'une quinzaine à une quarantaine de mètres carrés.

## **Objet du mémoire**

La fondation Abbé Pierre, dans son rapport 2023 sur le mal-logement, dénonce des objectifs de production de logement de pensions de famille qui ont lieu parfois au détriment de la qualité du projet. Certains dispositifs ne sont pas en conformité avec la circulaire initiale de 2002 soit en raison d'un nombre de logements trop élevé par structure, d'une faible mixité des publics ou encore puisque les publics visés ne correspondant pas à ceux mentionnés dans la circulaire<sup>13</sup>. Ce dernier point est à l'origine des premières interrogations qui ont

---

<sup>13</sup> 28ème Rapport annuel sur le mal logement en France, Fondation Abbé Pierre, 2023, page 189.

conduit cette recherche.

En effet, la question à l'origine de ce mémoire a été celle -amenée par les professionnel.le.s des pensions de famille- de l'augmentation de nombre de résidents qui présentaient de lourdes problématiques de santé. Il s'agissait à l'origine de vérifier et de chiffrer le fondement de cette impression, ainsi que d'en comprendre l'origine dans la mesure du possible.

Il s'est avéré difficile, au vu d'une absence de données récoltées de manière systématique et comparable dans les années précédentes, de faire état d'une évolution avec certitude. Néanmoins il était envisageable d'évaluer les difficultés actuelles rencontrées par les résident.e.s et les professionnel.le en s'appuyant d'abord sur la comparaison avec les missions des maison-relais telles que définies dans les textes de loi. Existait-il des différences dans le public accueilli entre la théorie et la pratique ? Si oui, quelles implications dans l'accompagnement des personnes concernées ? Les professionnel.le.s partageaient-ils tou.te.s l'impression d'une augmentation des problématiques de santé rencontrées ? D'où venait la volonté des responsables de service d'embaucher des professionnel.le.s du soin sur la structure et semblait-elle, pour tous les acteurs, la solution la plus adaptée ?

Ces questions ont émergé au cours de l'enquête de terrain et se sont précisées au fil de l'analyse des résultats pour construire la problématique de cette enquête. Ainsi, ce travail met en lumière comment la divergence entre le mandat initial des maisons relais et les besoins d'une population en situation de fragilité, interroge la place des travailleur.eus.es sociaux.ales, acteurs.rices de cet accompagnement. Il questionne l'évidence de la solution médicale qui permet d'offrir une réponse à des difficultés réelles, mais tout en éclipsant en partie les causes à l'origine de ces difficultés.

La première partie de ce travail détaille la méthodologie et les principaux résultats de l'enquête. La santé et particulièrement la santé mentale y apparaît comme un enjeu critique, non seulement des résidences accueil mais aussi des maisons-relais. On remarque, notamment, une forte prévalence de troubles psychiques et d'addictions qui impactent le collectif de résident.e.s comme le travail des professionnel.le.

Le second chapitre part de cette constatation et détaille cinq profils de locataires de pensions de famille. Ces profils ont été élaborés à partir d'une analyse de correspondance multiple sur le jeu de données statistiques et sont questionnés et enrichis par des notes d'observation et des extraits d'entretiens qualitatifs. Cette deuxième partie permet ainsi d'explorer les liens qui existent entre précarité, parcours de vie complexes et fragilité psychique.

Le dernier chapitre, remet en cause l'explication purement médicale des problèmes rencontrés par les résident.e.s de pensions de famille en interrogeant l'impact du modèle économique et social actuel sur la précarité psychique. Il pose la question du manque de moyens, de la surmédicalisation des problèmes sociaux et de leur impact sur l'autodétermination de la personne locataire.

# Chapitre I. Une enquête mixte sur les pensions de famille

## A/ Les conditions d'entrée sur le terrain

La méthodologie d'enquête ayant défini une grande partie de mon travail, il me semble pertinent de lui dédier un chapitre de ce mémoire afin d'introduire à la fois et les résultats de ce travail et la manière dont ils ont été obtenus. Ce travail a été réalisé à l'aide d'une méthode de recherche mixte, dont les données qualitatives et quantitatives se répondent et s'influencent l'une et l'autre. Il repose sur plusieurs mois d'observations au sein des maisons relais et résidences accueil, cinq entretiens de travailleur.euse.s « hôtes de résidence » et 10 entretiens de locataires, deux questionnaires déclaratifs à destination des résident.e.s et des professionnel.le.s ainsi qu'un travail d'analyse statistique issu de données sur le public accueilli, relevées dans chacune des huit pensions de famille.

### Données récoltées pour ce travail

- ◆ Questionnaire statistique sur 130 personnes, soit l'ensemble des locataires de 6 maisons relais et 2 résidences accueil de la métropole rennaise (annexe 1)
- ◆ 42 réponses au questionnaire déclaratif pour les résident.e.s (annexe 2)
- ◆ 12 réponses au questionnaire déclaratif pour les hôtes (annexe 3)
- ◆ 10 entretiens biographiques avec des résident.e.s → 3 en résidence accueil et 7 en maison relais (annexe 4)
- ◆ 5 entretiens en individuel ou avec deux hôtes de maison-relais (annexe 5)
- ◆ 1 entretien avec un responsable du SIAO
- ◆ Plusieurs semaines d'observation sur le terrain au sein des maison-relais et résidences accueil

### 1. L'accès au terrain : une entrée par les professionnel.le.s

Le stage à l'origine de ce travail s'est déroulé de la mi-janvier jusqu'au premier juillet 2024. Il s'est déroulé simultanément dans six associations rennaises tournées vers les questions de logement social– soit huit pensions de familles différentes. Je ne disposais donc pas de bureau par défaut puisque le travail exigeait que je change d'établissement régulièrement. En amont du début du stage, il a été convenu avec les responsables des différentes associations que je passerai une semaine dans chaque lieu avant de changer d'établissement la semaine suivante et ainsi jusqu'à la fin de l'année scolaire. Dans les derniers mois cependant, j'ai progressivement eu accès à plus de temps de télétravail

puisque ma présence sur place n'était plus toujours nécessaire.

Bien que je n'aie pas été présente en qualité de travailleuse sociale, mon entrée sur le terrain est néanmoins toujours passée par les hôtes de pension de famille, qui m'accueillaient dans leur propre bureau, me laissaient observer leur travail et m'introduisaient auprès des résident.e.s. Même si j'ai toujours présenté les objectifs de mon stage aux locataires que je rencontrais, j'ai parfois été confondue avec une stagiaire travailleuse sociale ou bien une remplaçante, puisque ma position particulière n'était pas familière aux locataires. Tout au long de ce travail et notamment lors des entretiens que j'ai réalisés, j'ai cherché à me détacher un peu de cette association avec les travailleur.euse.s pour assurer aux volontaires que leur parole en entretiens ne serait pas retransmises.

Avant le début du stage, j'avais fait la demande à mes tuteurs de stage de pouvoir accompagner les travailleur.euse.s de pensions de famille dans toutes leurs tâches pendant au moins deux jours afin de me faire une idée de leurs fonctions. Finalement, j'ai ainsi pu passer presque une semaine complète en observation participative dans six des huit établissements participants. Dans les deux derniers -situés à l'extérieur de Rennes- je ne me suis rendue qu'à la journée. Ces sept premières semaines de stage m'ont donné l'occasion de suivre les professionnel.le.s au quotidien dans l'accompagnement des résident.e.s ainsi que dans leur travail au bureau et avec les partenaires. J'ai également participé à plusieurs repas avec les locataires ainsi qu'à d'autres activités collectives (goûter, cuisine, jeux de société, séance de relaxation...) et individuelles avec les résident.e.s (courses avec le SAVS, discussions, mise en place de curatelle...). Durant toute cette période, j'ai tenu un journal de terrain qui m'a permis de noter sur le moment ce qu'on m'expliquait mais également mes observations, idées et questionnements. A la fin de chaque semaine, je reprenais ce journal pour entrer toutes ces données au propre sur l'ordinateur.

Les hôtes de pensions de famille sont souvent habitué.e.s à recevoir des stagiaires, néanmoins mon positionnement sur le terrain en tant qu'étudiante en master de santé publique (et non pas dans une formation de travailleuse sociale) a sans doute eu un impact sur le discours et le comportement des professionnel.le.s. Toutefois, la manière dont j'ai été reçue a été différente selon les établissements. Dans certains cas, ma venue a plutôt été l'occasion de mettre en avant toutes les difficultés rencontrées dans l'accompagnement avec la mention de nombreux évènements s'étant déroulés dans les mois et années précédentes et ayant mené à une demande d'objectivation. Dans d'autres, le positionnement était plus méfiant à mon égard et j'ai au contraire ressenti une certaine réserve à parler de tout ce qui pouvait être négatif -peut-être par crainte d'un jugement de ma part sur les pratiques. Puisque je n'avais que peu de temps à passer dans chaque résidence, et donc peu de



temps pour qu'on s'habitue à ma présence, j'ai tenté de me faire discrète afin de ne pas gêner les professionnel.le.s dans leur accompagnement et de poser beaucoup de questions pour mieux comprendre le fonctionnement des lieux.

Pour ce qui est des publics, peu étaient au courant en amont des objectifs de ma venue et la plupart ne semblaient pas particulièrement intéressés par le sujet. Mes interlocuteur.trices principal.e.s restaient les professionnel.le.s qui ont toujours été un passage obligé pour prendre contact avec un.e locataire. Si j'ai tout de même eu plusieurs échanges intéressants avec des résident.e.s lors de moment collectifs ou de temps informels, le fonctionnement des maison-relais ne m'a permis de rencontrer qu'un petit nombre de locataires volontaires sur chaque lieu. En effet, une personne peut tout à fait ne pas se rendre au bureau des hôtes ni dans la salle collective pendant toute la semaine si elle ne le désire pas. Dans la plupart des pensions de famille, seule une partie des personnes logées participent de manière très régulière aux activités. J'ai donc souvent recroisé les mêmes résident.e.s entre mon premier et mon deuxième passage sur les lieux.

## ***2. La construction d'une enquête statistique sur la base d'observations de terrain***

En plus des échanges et des discussions informelles des premières semaines, j'ai réalisé cinq entretiens à visée principalement exploratoire avec les professionnel.le.s afin de comprendre leur travail, leurs missions et leurs perspectives sur le public accueilli et sa possible évolution. Trois de ces entretiens ont été menés en individuel avec une seule personne et deux avec deux travailleur.euse.s à la fois -soit sept personnes interrogées sur 16 hôtes de pensions de famille. Ces entretiens ont duré entre 45 minutes et 1h25. Mes questions étaient à l'origine assez ouvertes et diverses. Elles n'étaient pas spécialement orientées sur la santé puisqu'elles avaient pour objectif de m'aider à comprendre le fonctionnement global des pensions de famille et à établir de premiers objectifs de terrain. Au fil des entretiens néanmoins, j'ai emmené un peu plus de questions sur les addictions et les troubles psychiques, le vieillissement et le refus de soin, car ces sujets étaient régulièrement mentionnés par les travailleur.eus.es elleux mêmes lorsque je posais la question des difficultés rencontrées dans leur accompagnement.

Au cours de mon enquête, j'ai également réalisé un entretien en ligne avec un responsable du SIAO, qui présidait à la commission d'admission des maisons-relais et j'ai pu assister à deux de ces commissions, une au début et une à la fin de mon stage. De plus -bien que je n'aie pas enregistré d'entretien formel avec eux- j'ai également eu l'occasion de discuter avec plusieurs responsables de service (mes tuteurs de stage et les commanditaires du projet) afin de comprendre leur point de vue et leurs perspectives sur

l'accompagnement en maison-relais et en résidence accueil.

Après quelques semaines d'observation, j'ai ainsi pu commencer à réfléchir à la construction d'un outil statistique qui pourrait être utilisé afin de mieux cerner le public des pensions de famille. Le double objectif étant de répondre à la fois aux attentes de mon stage tout en dégagant une réflexion sociologique pertinente pour le mémoire. Il existait déjà des chiffres dans les rapports d'activités des différents établissements, mais les associations ne relevaient pas exactement les mêmes informations de la même manière et certains n'en possédaient quasiment pas, ce qui rendait impossible une analyse comparée avec ces données. C'est ainsi qu'est née l'idée de recréer un questionnaire statistique unique rempli par tous les établissements. Dans cet objectif, en complément des observations et entretiens des premières semaines, j'ai fait quelques recherches pour trouver ce qui avait déjà été écrit sur les pensions de famille dans d'autres territoires et pouvoir m'en inspirer. J'ai également regardé les questions posées au national par la Dress dans *l'Enquête auprès des établissements et services en faveur des adultes et familles en difficulté sociale*. Partir de cette base permettrait ainsi d'effectuer des comparaisons statistiques entre les maisons-relais et résidences accueil de Rennes et du reste de la France.

Néanmoins cette enquête -qui a été conçue pour s'appliquer à de nombreux hébergements et logements sociaux à l'échelle nationale- ne me paraissait pas complètement pertinente telle quelle pour décrire le public spécifique des maisons relais. J'ai donc enlevé un certain nombre de questions, notamment celles qui étaient plutôt pensées pour décrire un hébergement temporaire qu'un logement durable comme la pension de famille. D'autre part j'ai construit de nouvelles variables ou modalités de variables dans le but d'apporter une plus grande précision à l'analyse du local. Par exemple, les questions du référent social extérieur pour la situation de chaque résident.e (normalement obligatoire en maison relais), du service orienteur, ou encore la modalité « Vulnérabilité ressentie dans le logement individuel » de la variable Motif d'admission, ont été ajoutées pour répondre à des problématiques au local. La construction de ce questionnaire a donc pris quatre semaines pour la première version, qui a ensuite été alimentée en continu des observations de terrain et des échanges avec les travailleur.euse.s. La version finale du questionnaire<sup>14</sup>, présentée dans ce travail a également été amputée de quelques variables qui n'ont pas été suffisamment remplies pour que leur analyse soit pertinente. Ainsi, renseigner la catégorie socio-professionnelle des résident.e.s et de leur famille ou encore leur niveau de diplôme a été envisagé, mais n'a pas pu aboutir en raison d'un manque de réponses.

---

<sup>14</sup> Annexe 1 : Questionnaire statistique résident.e.s

De plus, ce questionnaire statistique traitant de données de santé sensibles, j'ai effectué deux entretiens avec un délégué à la protection des données, prestataire d'une des associations, afin de m'assurer que l'enquête respectent bien les exigences de la RGPD. Dans cette optique, j'ai dû renoncer à certaines variables un peu trop spécifiques (voir partie B.1) afin de réduire les chances d'identifier quelqu'un en recoupant les données entre elles.

### **3. Des difficultés liées à la spécificité du stage**

J'ai rencontré plusieurs difficultés au cours de cette enquête. L'une d'elle a été ma méconnaissance du sujet et plus globalement du domaine du logement social au début du stage. En effet, j'ignorais complètement le fonctionnement et la spécificité des pensions de famille avant d'avoir commencé ce travail. Cependant, il était attendu de moi que je définisse précisément les objectifs de mon travail assez tôt : quelles données récolter, quels outils construire pour le faire, et sous quelle forme répondre à la commande. Il a donc fallu que je me renseigne beaucoup et que je sois très attentive pour comprendre rapidement le fonctionnement de mon terrain d'enquête, m'adapter aux attentes et trouver un positionnement adapté par rapport aux professionnel.le.s et aux résident.e.s. Je suis entrée sur le terrain sans questionnement particulier puisque j'en ignorais tout et avec dans l'idée de procéder selon une démarche inductive, en dégagant progressivement un sujet puis une problématique de ma récolte de données sur le terrain. Néanmoins, cela m'a permis de débiter ce travail avec peu d'à priori quant à ce que j'allais trouver et de pouvoir interroger facilement tous les acteurs sur leurs habitudes de travail ou de vie.

Une autre difficulté que j'ai constatée assez rapidement a été un investissement inégal de la part des établissements. Le projet d'accueillir une stagiaire mutualisée entre plusieurs pensions de famille a été porté par les chefs de services s'occupant des maisons relais et résidences accueil dans différentes associations. En raison de différences de fonctionnement, de démissions et de récentes prises de postes de nouveaux responsables, tous les établissements n'ont pas été informés et impliqués dans le projet de la même manière. Sur le terrain, certain.e.s professionnel.le.s étaient bien au courant des dates de mon passage dans leur structure et des objectifs de mon stage et se sont montré.e.s très aidant.e.s. Dans d'autres les personnes supposées m'accueillir n'avaient pas ou peu été prévenues et mon arrivée a alors plutôt été perçue comme quelque chose de contraignant pour des travailleur.eus.es déjà très occupé.e.s.

Cette enquête a été un important travail d'organisation qui a demandé beaucoup d'autonomie et une planification précise de ce que je comptais réaliser. Le travail de réadaptation lié au fait de changer d'établissement chaque semaine -et à l'occasion plusieurs

fois par semaine- s'est avéré assez fatiguant, bien que très intéressant. L'organisation de mon planning, notamment, a été sujet de nombreux échanges par mail avec les professionnel.le.s. J'ai également dû rédiger beaucoup de relances au moment de la passation des questionnaires afin d'obtenir le maximum de réponses possible. L'attente de retour de mail et les plannings chargés des professionnel.le.s m'ont parfois fait prendre un peu de retard sur le planning que je m'étais fixé. Heureusement, les dernières semaines en télétravail m'ont permis de rapidement rattraper ce retard en travaillant efficacement sur l'analyse de données.

Enfin, dans la construction des outils, il a parfois été compliqué de concilier les demandes de mes tuteurs de stage et ma volonté d'élargir l'enquête afin d'obtenir des données sociologiquement intéressantes. Par soucis de rapidité pour les équipes, les responsables souhaitaient que le questionnaire statistique soit le plus réduit possible et le plus centré sur les pures questions de santé. Heureusement nous avons pu en discuter et parvenir finalement à quelque chose qui nous convenaient à tout.te.s.

## ***B/ Les apports d'une enquête par questionnaire auprès d'un public précaire***

### ***1. La passation du questionnaire et ses principaux résultats<sup>15</sup>***

Le questionnaire statistique a été rempli directement par les professionnel.le.s des établissements à partir d'informations qu'elles connaissaient sur les résidents et/ou qui figuraient dans leur dossier d'admission. La population étudiée représente donc l'entièreté des locataires des huit pensions de famille de l'étude. C'est un public de 130 personnes dont 108 (83%) en maison relais et 22 (17%) en résidence accueil. Je me suis déplacée en personne dans chaque lieu afin d'aider les hôtes à remplir le fichier Excel dédié au questionnaire, mais également pour adapter et agrémenter le dictionnaire des codes (créé spécialement pour ce travail) en fonction des réflexions des professionnel.le.s de terrain. Je n'avais par exemple pas prévu certaines réponses, que j'ai d'abord écrites en toutes lettres avant de créer de nouvelles catégories pour les modalités imprévues les plus fréquemment mentionnées.

La population étudiée est constituée exclusivement de personnes vivant seules et

---

<sup>15</sup> Annexe 1 : Questionnaire statistique résident.e.s

sans enfants à charge. J'ai choisi d'exclure du jeu de données le seul ménage avec une mère de famille et un mineur afin de préserver l'anonymat de ces personnes et d'empêcher qu'on puisse immédiatement les identifier.

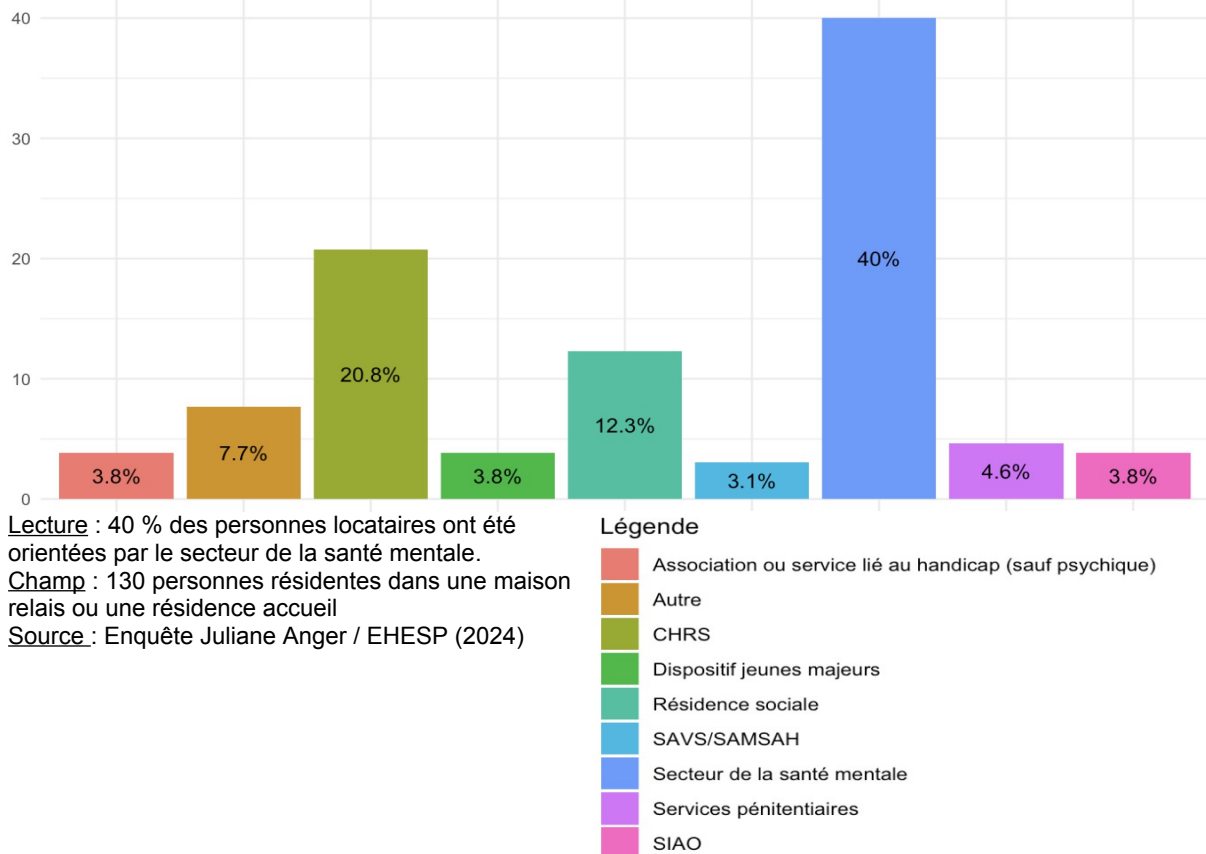
Les hommes représentent 60% du public étudié contre 40% de femmes. Il s'agit d'un groupe d'âge plutôt moyen à âgé avec 59% des locataires qui ont entre 46 et 65 ans et moins d'un cinquième des résident.e.s de moins de 36 ans. Les résultats permettent de constater que les femmes sont un peu plus âgées que les hommes, elles sont plus représentées parmi les plus de 65 ans mais aussi, étonnamment, chez les moins de 25 ans. Ces tranches d'âge d'une dizaine d'année 18–25 ans, 26-35 ans, 36-45... plus de 65 ans ont été préférées aux années de naissance afin qu'il ne soit pas possible d'identifier les personnes en recoupant les données.

La commande de mon stage était de relever les besoins en santé des locataires de pensions de famille. Dans cette optique, en m'inspirant de mes lectures, des conseils de mes tuteurs de stage et avec les informations qui pouvaient être connues par les professionnel.le.s de la pension de famille, j'ai sélectionné plusieurs variables indicatrices d'un parcours en lien avec la santé. Toutes les personnes qui entrent en maison-relais ou en résidence accueil sont orientées par un.e travailleur.euse social.e d'un autre dispositif. Ainsi, l'analyse de données a révélé que le service qui oriente le plus de personnes vers les pensions de famille est le Centre Hospitalier Guillaume Regnier<sup>16</sup> ou un centre médico-psychologique qui lui est affilié. 24,6% des personnes sont dirigées vers une pension de famille par un.e travailleur.euse sociale de ces structures. Si on y ajoute les cliniques psychiatriques privées (12,3%) et les associations dédiées à l'accompagnement des troubles psychiques ou addictions (3,8%), le secteur de la santé mentale est l'orienteur de deux locataires sur cinq en pensions de famille. En résidence accueil, la moitié des locataires viennent de ce secteur. Pourtant, même en ne prenant en compte que les maisons relais, le secteur de santé mentale reste le premier orienteur et concerne 38% des résident.e.s. Vient ensuite le CHRS suivi par les résidences sociales, ce qui fait de l'hébergement social hors urgence un autre dispositif majeur d'orientation.

---

<sup>16</sup> Hôpital psychiatrique de Rennes.

Figure 1 – Distribution des services orienteurs vers la pension de famille (en %)



Lecture : 40 % des personnes locataires ont été orientées par le secteur de la santé mentale.

Champ : 130 personnes résidentes dans une maison relais ou une résidence accueil

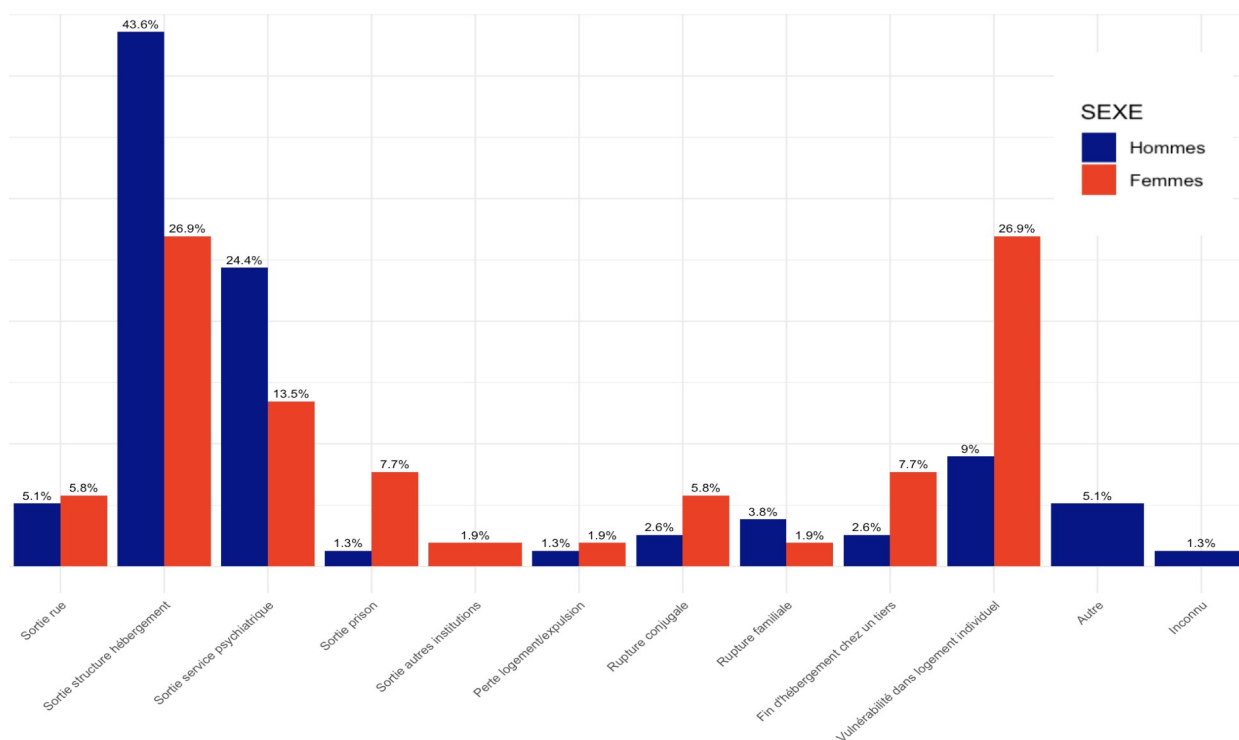
Source : Enquête Juliane Anger / EHESP (2024)

Un autre indicateur qui m'a semblé pertinent pour comprendre le parcours de vie des résident.e.s est le dernier logement de la personne avant son entrée dans le dispositif. Les locataires de pensions de familles résidaient auparavant dans une assez importante variété de types de logements ou d'hébergements qui ont été rassemblés par grands thèmes. Ainsi, 38,5% des locataires résidaient en hébergement social hors urgence ou en logement adapté, 23% habitaient en établissement médical, médico-social ou pénitentiaire (le motif d'admission « Sortie de structure psychiatrique » concerne 20% des résident.e.s de maison relais). 20,7% des locataires actuels viennent de leur logement personnel (principalement locatif social), 10% étaient hébergé.e.s chez de la famille ou des amis et 6% sont entré.e.s en pension de famille directement depuis la rue et l'hébergement d'urgence. On remarque également une répartition inégale des femmes et des hommes dans le type de logement antérieur à la maison relais. Les femmes viennent beaucoup plus souvent d'un logement personnel tandis que les hommes sont plutôt admis en maison relais à la sortie d'une structure d'hébergement social (hors urgence) comme le CHRS ou une résidence sociale.

Les analyses croisées en fonction du genre et de l'âge ont été les premières que j'ai réalisé sur mon jeu de données. Elles ont permis de constater qu'en maison relais, les femmes sont un peu plus susceptibles d'être orientées par le secteur de la santé mentale

que les hommes. Pourtant, ces derniers sont plus nombreux (24,4% contre 13,5% de femmes) à entrer en maison relais en sortie de service psychiatrique. Cela suppose un profil un peu plus institutionnel chez les hommes, qui sont également plus nombreux à venir de structures d'hébergement. En revanche seuls 9% des hommes entrent en pension de famille volontairement sur le motif d'une vulnérabilité ressentie dans leur logement précédent, contre 26,9% de femmes.

Figure 2 – Distribution femme/homme des motifs d'admission en maison relais (en %)



**Lecture :** 43,6 % des hommes sont entrés en maison-relais sur motif de sortie de structure d'hébergement

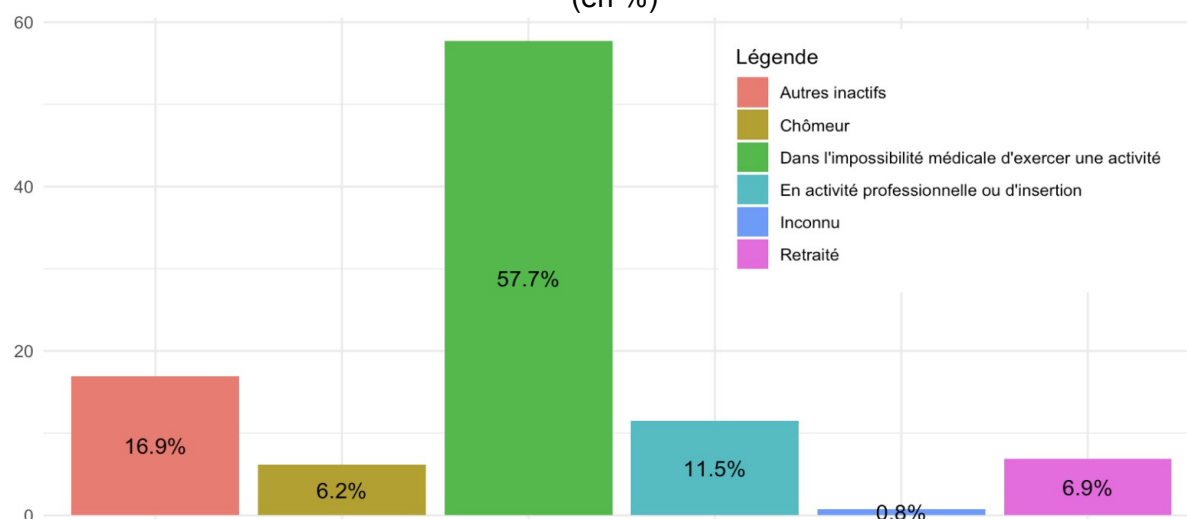
**Champ :** 130 personnes résidentes dans une maison relais ou une résidence accueil

**Source :** Enquête Juliane Anger / EHESP (2024)

En plus du parcours dans le logement, le taux d'activité professionnelle passé et présent des résident.e.s, le taux de bénéficiaires du RSA, de l'AAH et de la RQTH ont également semblé des données pertinentes pour comprendre le profil des résident.e.s en lien avec les questions de santé et de handicap. Au départ, je comptais relever également le niveau de diplôme et la catégorie socio-professionnelle des personnes. Cependant, ces données n'étaient pas suffisamment connues par les professionnel.le.s pour permettre une analyse pertinente et il ne semblait pas réalisable en quelques mois de contacter individuellement chacune des 130 personnes à ce sujet. Non seulement certaines ne viennent que très rarement sur le collectif mais, même dans le cas où un contact aurait été pris, il était peu probable que toutes acceptent de partager ces informations personnelles qui ne font pas partie de ce qui leur est demandé par la pension de famille.

Si la grande majorité des personnes de l'étude (80%) disposent au moins d'une expérience professionnelle au cours de leur vie, très peu sont aujourd'hui en activité professionnelle ou d'insertion et seulement 3 personnes travaillent à temps complet. 57,7% des locataires des pensions de famille de l'étude sont dans l'impossibilité médicale d'exercer une activité professionnelle.

Figure 3 – Type d'activité professionnelle exercée par les résident.e.s de pension de famille (en %)



Lecture : 57 % des personnes en pension de famille sont dans l'impossibilité médicale d'exercer une activité professionnelle

Champ : 130 personnes résidentes dans une maison relais ou une résidence accueil

Source : Enquête Juliane Anger / EHESP (2024)

C'est un public également très touché par le handicap avec 73,8% de personnes qui perçoivent l'Allocation Adulte Handicapé et 53,8% qui disposent d'une RQTH. Près de la moitié des locataires sont placés sous mesure de protection (48,5%) et 23% d'entre eux sont concerné.e.s par un accueil de jour à l'hôpital ou hors hôpital.

L'accompagnement global ne fait normalement pas partie des missions des hôtes de pension de famille. C'est pour cette raison qu'à leur entrée en maison relais, les locataires sont tenus d'avoir un référent social extérieur qui peut intervenir dans leur parcours et fournir un étayage nécessaire autour de leur situation. Néanmoins, au moment de la collecte de données, un pourcentage conséquent de résident.e.s ne disposaient d'aucun.e référent.e social.e extérieur.e (21,3%) ou bien ne pouvait compter que sur leur mandataire judiciaire lorsqu'ils étaient placés sous tutelle ou curatelle (34,3%). Toutefois, tout comme les professionnel.le.s de maison relais, le.a mandataire n'est pas non plus supposé.e pouvoir répondre à tous les besoins d'accompagnement. J'ai choisi d'ajouter cette variable « référent.e extérieur.e » après avoir relevé plusieurs remarques de professionnel.le.s selon lesquelles l'étayage -présent à l'entrée de la personne dans le logement- avait tendance à



s'étioler avec le temps. Ces données semblent corroborer leur perception<sup>17</sup>. En effet, le pourcentage de personnes sans référent.e augmente d'autant plus avec le temps passé dans la structure. Ainsi, 41,46% des personnes qui ont passé plus de 5 ans dans l'établissement n'ont que leur mandataire judiciaire ou familial et 26,83% n'ont aucun.e référent.e extérieur.e. A l'inverse, seulement 12,5% de ceux qui ont passé moins de 3 ans dans la structure sont sans référent.e et 20,8% n'ont que leur mandataire.

En résumé, les données récoltées par le biais du questionnaire font état d'une population plutôt masculine mais dans laquelle les femmes restent assez représentées. Les locataires viennent de logements variés, mais sont néanmoins souvent concernés par un parcours en institution, que ce soit dans le social (CHRS, résidence accueil) ou le médical (établissement psychiatrique). La plupart sont touchés par le handicap et possèdent AAH, RQTH et mesure de protection. Seule une très faible proportion est actuellement en activité malgré que la plupart ait déjà exercé un emploi par le passé.

## **2. Questionnaires et entretiens : des outils complémentaires à l'approche statistique**

En parallèle de la construction et de la passation du questionnaire et plus des entretiens que j'avais déjà prévu de tenir, j'ai réfléchi à d'autres outils pour venir en complément de celui-ci. Ces outils ont pris la forme de deux questionnaires déclaratifs pouvant être remplis sur la base du volontariat, l'un pour les hôtes de pension de famille, l'autre pour les résident.e.s. Le questionnaire sur les besoins en santé et la participation sociale des résident.e.s de pension de famille a été proposé aux locataires dans les huit pensions de famille de l'étude. Avant sa soumission, il a également été validé par le délégué à la protection des données travaillant pour l'une des associations commanditaire du stage. Il contient principalement des questions sur la santé et sur la participation des locataires à des activités hors et au sein de la pension de famille. Tout comme pour le questionnaire statistique, sa version finalisée est disponible en annexe<sup>18</sup>.

Les entretiens des professionnel.le.s<sup>19</sup> et les résultats du questionnaire se répondent pour faire le constat d'un public « fragilisé » par des parcours de vie difficiles et des troubles psychiques qui impactent leur bien-être et leur participation au quotidien. Ces difficultés spécifiques ont eu un impact sur l'enquête auprès des résident.e.s -de la construction des questionnaires à la passation des entretiens. En effet, les hôtes de maison relais ont été bien

---

<sup>17</sup> Bien que d'autres facteurs explicatifs pourraient intervenir comme un durcissement de la politique des dispositifs de pension de famille vis à vis des référent.e extérieur.e.s.

<sup>18</sup> Annexe 2 : Questionnaire déclaratif résident.e.s

<sup>19</sup> Annexe 5 : Grille d'entretiens avec les professionnel.le.s

souvent le lien entre les locataires et moi et pouvaient donc m'orienter plutôt vers les personnes qu'ils jugeaient les plus à même de répondre aux entretiens. La raison la plus souvent invoquée par les travailleur.euse.s pour me proposer un entretien avec une personne plutôt qu'une autre était le bien-être ou la fragilité actuelle de ce.tte résident.e. Je n'ai donc eu l'occasion d'interroger que des locataires qui venaient sur le collectif ou bien -lorsque les hôtes faisaient la démarche- qui étaient jugé.e.s suffisamment en forme par les professionnel.le.s au moment de l'enquête pour que cela ne les mettent pas à mal. De même, le questionnaire déclaratif pour les résident.e.s a été sujet d'interrogations quant à la manière de le faire passer sans mettre en difficulté le public.

Dans les huit dispositifs de l'étude, au début 2024, les résident.e.s sont en grande majorité de nationalité française (90%). Une seule personne ne comprend pas le français et 7% ne savent pas le lire ou l'écrire. Cependant, même des locataires qui peuvent lire ont parfois des difficultés de compréhension, et quelques-uns étaient malvoyants. Le questionnaire a donc été retravaillé plusieurs fois pour le rendre plus simple. Néanmoins, il n'était pas possible pour moi et dans le temps imparti d'en créer un qui soit suffisamment accessible pour que tou.te.s puissent le remplir de manière indépendante. Ainsi, pour que tout le monde soit à même de compléter ce questionnaire -sur la base du volontariat-, il fallait que les personnes concernées aient à leur disposition quelqu'un pouvant le remplir avec elles : professionnel.le.s ou moi-même.

Mes tuteurs de stages s'inquiétaient également de provoquer des réactions d'incompréhension et d'inquiétude excessive chez certain.e.s personnes à la lecture des questions (sur les addictions et troubles psychiques notamment). C'est ainsi qu'il a été décidé de laisser aux professionnel.le.s de chaque dispositif une liberté dans le mode de passation de cet outil dans leur pension de famille, en fonction de ce qu'ils connaissaient des résident.e.s qui y habitaient et de leurs propres disponibilités. Le questionnaire déclaratif pour les résident.e.s a donc d'abord été présenté aux professionnel.le.s travaillant dans les différentes pensions de familles de l'étude. Je leur ai soumis plusieurs méthodes de passation en fonction de ce qu'ils jugeaient préférable pour les personnes accompagnées.

Le choix final a été laissé à la pension de famille en prenant en compte l'exigence d'anonymat mais également les difficultés éventuelles de lecture ou de compréhension qui empêchaient certaines personnes de répondre seules, ou encore des fragilités vis à vis de certains sujets abordés. Un établissement a ainsi opté pour simplement laisser le questionnaire dans la boîte aux lettres des personnes et en les laissant le remplir et le retourner anonymement (et demander de l'aide par elles-même si elles le souhaitaient).

Cette méthode avait l'avantage de garantir un anonymat complet mais a sans doute pu occasionner des difficultés de compréhension. Il fallait que les résident.e.s qui ne pouvaient remplir le questionnaire seul.e.s aillent elles et eux même chercher de l'aide auprès de proches ou des hôtes. Dans deux établissements, les professionnelles ont préféré le proposer elles-même aux résident.e.s qui passaient dans leur bureau, le questionnaire leur a donc été laissé pendant une période de plusieurs semaines. Le faire avec les hôtes présente l'avantage de garantir un cadre d'une plus grande sécurité émotionnelle pour la personne, mais a pu également influencer les réponses, puisque l'anonymat n'était plus garanti pour répondre à des questions sensibles. Enfin, dans plusieurs pensions de famille, je me suis rendue sur place pendant une journée afin de remplir le questionnaire avec tou.te.s les résident.e.s volontaires qui passaient sur le collectif (iels avaient été informés en amont de ma venue) sans que les professionnel.le.s ne puissent voir les réponses. Mon aide était toujours proposée mais pas obligatoire pour celles et ceux qui préféraient répondre seul.e.s. Cette solution intermédiaire a été utilisée dans quatre dispositifs.

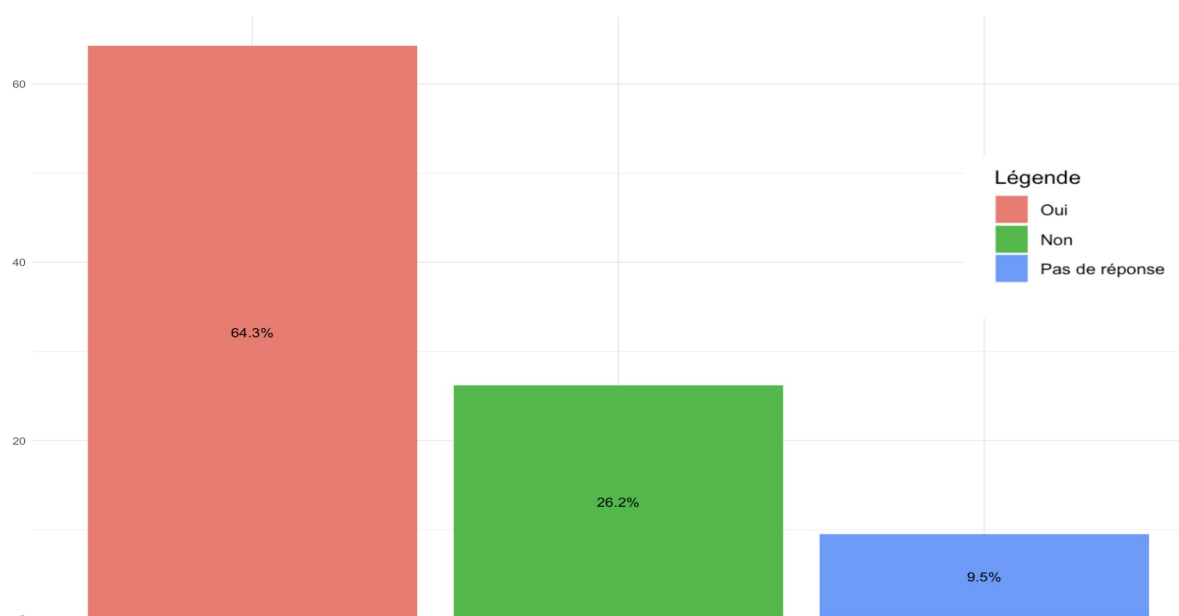
J'ai ainsi obtenu 42 réponses au total sur les 130 résident.e.s des pensions de famille de cette étude, avec un minimum de 4 répondant.e.s et un maximum de 9 par pension de famille (pour 8 à 23 locataires). Une maison relais n'a pas été prise en compte dans l'analyse de ces résultats puisqu'il n'y avait qu'un seul répondant. 21 participants sont des hommes et 21 sont des femmes. Cette parfaite égalité suggère un léger déséquilibre de représentation en faveur des femmes puisqu'elles ne comptent que pour 40% de la population totale des pensions de famille de l'étude. En revanche, l'âge des répondant.e.s au questionnaire, majoritairement entre 46 et 65 ans, correspond tout à fait à l'âge de l'ensemble des individus de la cohorte d'étude.

Le questionnaire déclaratif permet d'interroger plus en profondeur les premières constatations faites dans l'analyse statistique, notamment en ce qui concerne le parcours des résident.e.s et la prévalence de troubles psychiques et addictions. Ainsi, la moitié des répondant.e.s, soit 21 personnes déclarent avoir déjà vécu à l'hôpital à long terme (plusieurs mois) au cours de leur vie, 11 personnes (26,2%) disent avoir déjà été à la rue ou en hébergement d'urgence et 8 (19%) en prison. En comparaison, l'étude statistique -qui ne prend en compte que le dernier logement de la personne avant la pension de famille et non pas toutes les précédentes expériences- ne compte que 19,5% précédemment en institution médicale ou médico-sociale (avec une écrasante majorité venant d'établissement psychiatrique), 6,3% de personnes venant de la rue ou d'hébergement d'urgence et seulement 3,9% venant d'établissement pénitentiaire. De plus, sur les 8 personnes déclarant avoir déjà été en prison, 6 disent aussi avoir vécu à la rue ou en hébergement d'urgence.

Trois personnes déclarent même cumuler à la fois vie à la fois à la rue, en prison et à l'hôpital.

Cet outil apporte donc un complément d'information conséquent qui permet de souligner la complexité des profils accueillis en maison relais et en résidence accueil. Il met en lumière les limites de l'étude statistique basée sur les dossiers d'entrée des résident.e.s et leur situation juste avant l'arrivée en pension de famille. Par exemple, une personne qui ferait des aller-retours entre l'hôpital psychiatrique et son domicile pourrait apparaître peu concernée par les questions de la santé mentale si son dernier logement était son appartement individuel et que l'orienteur n'est pas le secteur médical. Ainsi, 27 personnes sur 42 répondent « oui » à la question « Avez-vous été diagnostiqué avec un trouble psychique ou bien considérez-vous avoir des difficultés d'ordre psychique ? ».

Figure 4 – Trouble psychique auto-déclaré des résident.e.s de pension de famille (en %)



Lecture : 64,3% des résident.e.s déclarent être concerné.e.s par un trouble psychique  
Champ : 42 personnes résidentes dans une pension de famille de la métropole rennaise  
Source : Enquête Juliane Anger / EHESP (2024)

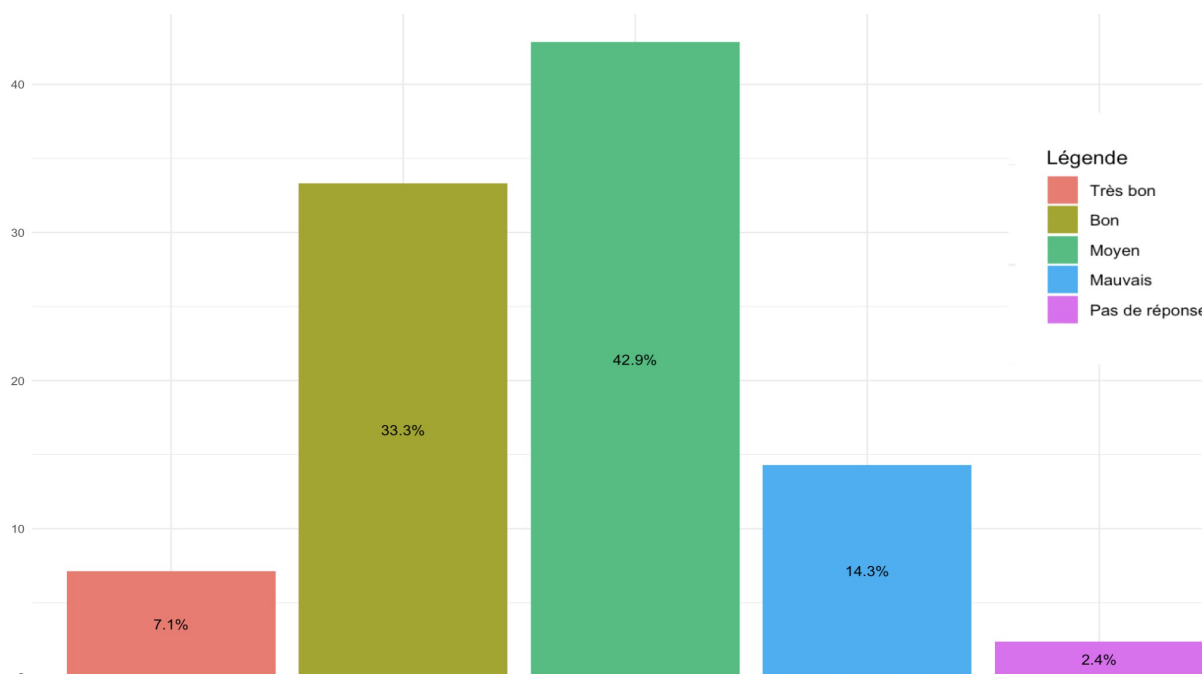
Ce chiffre est presque similaire lorsqu'on ne prend en compte que les résident.e.s de maison-relais avec 61,8% (21 personnes sur 34), 25 personnes sur les 27 déclarent avoir un suivi médical à ce sujet. Cette proportion montre bien que le second cluster, présenté en deuxième partie et qui regroupe 33,9% des résident.e.s (voir Chapitre II, partie A), est loin de recouvrir l'entièreté des personnes concernées par les troubles psychiques dans les pensions de famille. Au contraire, on peut même supposer que le pourcentage est en réalité encore plus important. En effet, la santé mentale est un sujet sensible. Quelques participant.e.s ont choisi.e.s de ne pas répondre à cette question et d'autres personnes qui

vivent avec des difficultés psychiques peuvent ne pas se reconnaître dans cette appellation.

Même si des efforts ont été faits pour tenter de préserver l'anonymat des locataires, on peut imaginer des difficultés similaires pour les répondant.e.s à déclarer une ou plusieurs addictions -par crainte du jugement ou parce que les personnes ne se reconnaissent pas dans cette description. Ainsi, 40,5% des répondant.e.s, soit 17 personnes sur 42, déclarent avoir au moins une problématique d'addiction et 59,5 en comptant le tabac. Il s'agit en majorité d'alcool (9 personnes) et de drogue (7 personnes), avec quatre personnes qui déclarent consommer les deux. Onze répondant.e.s sur 17 déclarent avoir un suivi pour leurs addictions et deux souhaiteraient y mettre un terme. Malgré la faible signification statistique (N=42) de ce jeu de données, on peut constater que les hommes sont beaucoup plus susceptibles que les femmes de déclarer une problématique d'addiction hors tabac (12 hommes contre 5 femmes). Etant donné que le ratio femme/homme parmi les répondant.e.s est légèrement favorable aux femmes par rapport à la population globale des locataires, on peut donc supposer que la proportion d'addiction est en réalité encore plus importante.

La santé mentale n'est pas le seul sujet en lien avec le médical qui questionne en pension de famille. Lorsqu'on les interroge sur leur état de santé général au moment de la passation du questionnaire, une majorité des résident.e.s déclare une santé jugée comme moyenne ou mauvaise.

Figure 5 – Etat de santé auto-déclaré des résident.e.s de pension de famille (en %)



Lecture : 42,9% des résident.e.s déclarent un état de santé « moyen »

Champ : 42 personnes résidentes dans une pension de famille de la métropole rennaise

Source : Enquête Juliane Anger / EHESP (2024)

Le nombre de répondant.e.s n'est pas suffisamment important pour apporter une certitude statistique mais néanmoins, les personnes déclarant des problématiques d'addictions semblent également plus susceptibles de se considérer en moins bonne santé générale que les autres. De plus, même si la raison la plus souvent invoquée par les résident.e.s pour aller voir les hôtes de pension de famille est « *Discuter* », avec 24 personnes (soit 57,1% des répondant.e.s), les « *Problème ou rendez-vous de santé* » arrivent étonnamment en deuxième position à égalité avec « *Aide pour de l'administratif, gestion budgétaire* ». Ainsi 17 personnes, c'est à dire 40,5% des résident.e.s disent aller trouver les hôtes fréquemment pour des questions de santé, bien que celle.ux-ci ne soient pas spécialement habilité.e.s à s'occuper de ces problématiques. Pour 6 personnes il s'agit même de la première cause qui les pousse à aller parler aux hôtes de résidence.

Afin de ne pas me focaliser uniquement sur les questions de santé et d'élargir un peu la commande pour alimenter la réflexion, je me suis également intéressée à la participation des résident.e.s et à leur quotidien au sein et hors de la pension de famille. Parmi les répondant.e.s au questionnaire déclaratif, 95,2% ne sont ni en activité professionnelle, ni aux études ni en formation (seuls 2 travaillent à temps partiel). Pourtant, une grande majorité déclare ne « *jamais ou moins d'une fois par an* » participer à des activités de loisirs en dehors de la pension de famille. Si la plupart ne décrit pas d'obstacle particulier à la participation, la principale difficulté mentionnée reste liée à des problèmes de santé. Ainsi 38,1% (16 personnes) déclarent avoir des difficultés à participer à des activités en raison de problèmes de santé. En revanche, 69,2% des résident.e.s indiquent participer au moins une fois par mois aux événements organisés par la pension de famille. Ces activités, dont l'organisation revient aux professionnelles, occupent donc une place centrale dans le quotidien de résident.e.s dont très peu ont d'autres occupations et plusieurs ne peuvent pas en avoir en raison d'un handicap.

*« [Les hôtes] s'adaptent au public qu'on a ici... Avec des handicaps, déjà qui ont souvent des problèmes de déplacement. Mais en même temps, il faut qu'on puisse les emmener dans ces activités. Il faut qu'on crée des activités dans lesquelles ils puissent accéder quand même, de toute façon. »* - Monsieur R, 45 ans résident de maison relais

### **La phase d'entretien avec les résident.e.s**

A partir de ma huitième semaine de stage et jusqu'à la mi-mai, j'ai fait un deuxième passage dans presque tous les établissements (7 sur les 8) afin de faire passer ces questionnaires et d'effectuer des entretiens biographiques avec les résidents. J'ai ainsi

interrogé trois personnes en résidence accueil et sept dans cinq maison-relais différentes, sur leur parcours de vie en lien avec le logement et la santé<sup>20</sup>. Ces entretiens ont duré de 30 minutes pour le plus court à plus de deux heures et ont tous été enregistrés et retranscrits entièrement. Mes principales difficultés pour les entretiens ont été en lien avec la diversité des profils de personnes en maison relais qui demandait un travail d'adaptation à chaque entretien. Pour certaines personnes, mes questions pouvaient occasionner des difficultés de compréhension et exiger beaucoup de reformulation. Pour d'autres, certains sujets s'avéraient assez sensibles, ce qui m'a contrainte à ne pas toujours tous les aborder.

Je me suis également posé la question de comment faire comprendre ma position particulière à un public souvent habitué à aborder ces sujets personnels devant des professionnels de santé ou des assistant.e.s sociale. Dans certains entretiens, j'ai essayé de mettre en place une méthode afin de rendre plus simple le fait de refuser de répondre à une question. J'ai utilisé un outil inventé par John Stavropoulos<sup>21</sup> pour la sécurité émotionnelle dans les jeux de simulation. Il s'agit d'une carte avec un X dessus, placée au centre de la table que la personne peut toucher pour éviter un sujet sans avoir à donner aucune justification. Si aucun interviewé ne l'a utilisée de cette manière, il m'a néanmoins semblé que les gens étaient plus à l'aise d'y faire mention « *Ce sujet-là c'est carte X* » lorsqu'ils n'avaient pas envie d'aborder quelque chose, plutôt que de refuser tout simplement.

Des extraits de ces entretiens sont disséminés dans ce travail et alimentent la réflexion.

### **La passation de questionnaires auprès des professionnel.le.s**

En plus des entretiens exploratoires réalisés au début du stage avec les hôtes, j'ai par la suite souhaité créer un petit outil afin d'objectiver mes impressions concernant les problèmes rencontrés par les professionnel.le.s. Je me suis notamment intéressée aux difficultés liées à la santé des résident.e.s, qui avaient menées à la commande. Ce petit questionnaire déclaratif a été validé par les tuteurs de stages responsables de services, au départ assez frileux à l'idée que j'interroge les employé.e.s de cette manière. En cas de constat très négatif soulevé par le questionnaire, ils n'étaient pas certains de pouvoir y répondre avec leurs moyens actuels. Je leur ai donc précisé qu'ils n'auraient pas -en tant que responsables- accès aux réponses des travailleur.eus.es de leurs pensions de famille respectives mais seulement aux résultats globaux. Une fois validé, ce questionnaire a ensuite été envoyé en ligne aux hôtes des huit pensions de familles et résidences accueil

---

<sup>20</sup> Annexe 4 : Grille d'entretiens avec les résident.e.s

<sup>21</sup> License Creative Commons Attribution <https://ptgptb.fr/la-carte-x>

participant.e.s et rempli par 12 hôtes sur 15 de manière anonyme entre avril et mai 2024. Trois personnes n'y ont pas répondu mais cela est peut-être en partie lié à des remplacements qui ont eu lieu dans plusieurs dispositifs sur la période.

En moyenne, les répondant.e.s travaillent en pension de famille depuis environ 4 ans. Cinq exercent à temps plein, sept à temps partiel de 50 à 90%. Huit hôtes sur douze déclarent pourtant faire des heures supplémentaires au moins une fois par mois pour la pension de famille (dont 5 au moins une fois par semaine). Les professionnel.les ne travaillent pas toujours en binôme et disent passer en moyenne 7,3 heures par semaine seul.e.s dans la pension de famille, avec de grandes disparités : une personne déclare n'être jamais seule et trois le sont jusqu'à 20h par semaine. J'ai pu constater, au cours de mes observations et discussions avec les employé.e.s, que le travail seul.e en pension de famille pouvait être source d'épuisement et d'inquiétude importantes pour certain.e.s travailleur.euse.s, notamment dans le cadre de la gestion de crises (décompensation, addictions, urgence de santé de locataires).

En ce qui concerne les questions de santé justement, tou.te.s les professionnel.le.s déclarent rencontrer régulièrement des problématiques liées aux addictions, aux troubles psychiques et au vieillissement. Concernant les addictions, 8 répondant.e.s sur 12 décrivent ces difficultés comme importantes et impactant fortement le collectif et/ou leur propre bien être au travail. Sept professionnel.le.s font le même constat au sujet des difficultés liées à un suivi inexistant ou insuffisant des troubles psychiques des résident.e.s. Enfin, en ce qui concerne le vieillissement, seulement 3 répondant.e.s déclarent des difficultés importantes et fréquentes à ce sujet mais tou.te.s les travailleur.euse.s disent en rencontrer au moins de manière occasionnelles. Ces observations répondent assez bien à ce qui est mis en avant par le questionnaire déclaratif dédié aux résident.e.s, notamment au sujet des problématiques addictives. De plus, les entretiens font état d'une situation d'insécurité qui peut être ressentie à ce sujet à la fois par les hôtes et les résident.e.s.

Selon le questionnaire, les trois principales difficultés qui limitent l'accès aux soins des résidents sont le manque de généralistes, de spécialistes et la longueur d'attente pour obtenir un rendez-vous. Huit répondant.e.s sur douze pensent ainsi que les partenariats de la pension de famille avec les services de santé locaux sont insuffisamment développés. De plus, les professionnel.le.s hôtes de maison relais disent intervenir de manière régulière (au moins une fois par semaine pour la majorité) dans l'accompagnement en santé des résident.e.s, bien que cela ne fasse pas partie de leurs missions. Huit travailleur.euse.s sur douze déclarent accompagner un.e locataire à un rendez-vous médical au moins une fois



par mois. Autant font le lien entre résident.e.s et professionnel.le.s de santé au moins une fois par semaine.

En plus des tâches liées au soin et à la santé qui découlent de mes observations et que j'avais listées dans le questionnaire à choix multiples, j'ai choisi de laisser un encadré à remplir de manière optionnelle. Celui-ci a été complété par presque tou.te.s les répondant.e.s. Les professionnel.le.s mentionnent ainsi un certain nombre d'autres tâches en lien avec la santé, qu'ils accomplissent régulièrement. On peut notamment citer : appeler les pompiers, veiller à la continuité des soins et à la présence des résidents aux consultations médicales. Veiller à la continuité des droits (renouvellement CSS ou dossier MDPH...), aider les résidents à trouver un médecin traitant ou coordonner les parcours de soins. Les hôtes jouent aussi un rôle de soutien et d'aide pour rassurer les résidents, leur expliquer les examens médicaux, déconstruire leurs a priori sur la santé. Finalement iels disent faire le lien régulier avec les cabinets d'infirmiers libéraux qui viennent sur la résidence, apporter une écoute active, un soutien moral, réguler l'humeur, évaluer les conduites à risques et faire de la prévention... Toutes ces tâches occupent donc une part considérable de leur temps de travail qui semble essentielle à l'accompagnement. En particulier le travail constant de veille au bien-être des résident.e.s, parfois uniquement permis par cette relation de proximité spécifique aux pensions de famille. Il s'agit là d'un équilibre délicat qui demande une bonne connaissance des personnes accueillies, afin de pouvoir apporter un soutien et une présence quotidienne sans risquer de paraître intrusif.

*« Avoir cet objectif tous les jours que quelqu'un va passer, ça m'aide non seulement à me réveiller, mais aussi... Après la visite, je me sens boostée pour le reste de la journée. Ça m'a fait du bien. Avoir même un contact de quelques minutes avec quelqu'un, j'ai vu le positif que ça m'a fait. [...] Mais ça dépend toujours de si j'ai vraiment envie ou pas. Après, je peux changer d'avis. »* Mme O, 25 ans, Résidente de maison relais.

Finalement, l'entièreté des professionnel.le.s répondant.e.s se dit *plutôt d'accord* (N=4) ou *tout à fait d'accord* (N=8) avec l'affirmation « Je suis souvent interrompu.e dans mon travail. Et sept professionnels sont *plutôt d'accord* (N=6) ou *tout à fait d'accord* (N=1) avec l'affirmation « On attend que je réalise une quantité de travail excessive ». Sept professionnel.le.s déclarent également se sentir épuisé.e.s dans leur travail et cinq se disent *plutôt pas d'accord* avec la phrase « Je me sens en sécurité physique et psychologique dans mon travail ». De plus, quatre travailleur.euse.s sur douze ont déjà dû faire face à un décès en maison-relais et trois ne se jugeaient pas suffisamment préparé.e.s à cela, le quatrième ne se prononce pas.

Cet outil, bien qu'il ne permette pas de dégager de tendance statistiquement significative, s'avère donc assez intéressant en complément du questionnaire déclaratif pour les résident.e.s et des entretiens réalisés avec plusieurs professionnel.le.s.

### **3. La phase d'analyse des données**

J'ai formellement terminé ma phase d'enquête de terrain à la fin du mois de mai pour me concentrer uniquement sur l'analyse de données et le début de la rédaction. Néanmoins cette phase d'analyse a débuté dès la fin du mois d'avril, avec le traitement des données statistiques. Le travail sur la partie qualitative quant à lui, a été plus étalé, avec des retranscriptions qui se sont échelonnées du mois d'avril après les premiers entretiens, au mois de juin, après les derniers. La mise en relation des entretiens et observations avec les données statistiques a été faite une fois l'analyse quantitative presque terminée et après la construction de profils de résident.e.s.

J'ai utilisé plusieurs outils informatiques afin de m'aider dans ce travail d'analyse. Pour le qualitatif, j'ai fait appel au logiciel payant Quirkos<sup>22</sup>, qui permet d'entrer toutes les retranscriptions d'entretien et de les trier par thématiques sous forme de bulles colorées. Ainsi, en sélectionnant plusieurs extraits sur un même sujet la bulle s'élargit, ce qui permet un aperçu rapide des thèmes les plus abordés. Par la suite, il suffit de cliquer sur une des bulles pour retrouver toutes les citations sélectionnées sur ce sujet. Cela a été très utile pour illustrer les réflexions analytiques avec des extraits d'entretien. De plus, l'analyse qualitative apporte des précisions et questionne les résultats du quantitatif.

En ce qui concerne les données statistiques, j'ai utilisé le logiciel de programmation R et son interface R studio dont je connaissais déjà les principes de fonctionnement afin de faire l'analyse de mes jeux de données. Je me suis également aidée de ChatGPT, l'intelligence artificielle développée par OpenAI. N'ayant pas une grande expérience d'utilisation de R, j'ai ainsi pu l'utiliser pour m'aider à transcrire en langage informatique certaines des analyses que je souhaitais réaliser. Cela m'a permis de prendre en main l'outil plus efficacement et plus rapidement que s'il avait fallu effectuer des recherches dans des manuels d'informatique. Bien entendu, à aucun moment je n'ai transmis mon jeu de données à OpenAI. Sur le logiciel R, j'ai ainsi réalisé les analyses suivantes : description des variables en pourcentages, diagrammes en barre, tableaux croisés, tests de Chi2 pour vérifier le lien de corrélation entre plusieurs variables, analyse de correspondance multiple

---

<sup>22</sup> <https://www.quirkos.com/>

pour constituer des profils de résident.e.s...

Ce travail m'a permis de tester un grand nombre de combinaisons de variables et de ne garder que celles que je trouvais les plus pertinentes pour l'analyse de correspondances multiples. J'ai ainsi supprimé les variables qui n'apportaient que peu d'informations parce qu'elles étaient trop partagées par tous. Par exemple, la quasi-totalité des résident.e.s avaient une couverture santé complète. Enfin, afin d'effectuer une analyse comparative, j'ai fait une demande auprès de la DRESS pour obtenir les données de *l'Enquête auprès des établissements et services en faveur des adultes et familles en difficulté sociale 2020-2021*. Bien que certaines variables aient été retirées ou ajoutées sur mon jeu de données au local, j'ai néanmoins pu effectuer quelques comparaisons intéressantes<sup>23</sup> du profil des résidents entre l'échelle locale et national : âge, sexe, motif d'admission, AAH, logement antérieur...

Toutes ces analyses statistiques ont duré de la fin de mois d'avril -date à laquelle j'ai fini de rassembler les questionnaires statistiques- jusqu'à la fin du mois de mai. Le mois de juin a été dédié à la mise en relation du quantitatif (résultats des questionnaires) et du qualitatif (retranscriptions d'entretiens et notes d'observation) ainsi qu'au début de la rédaction.

---

<sup>23</sup> Abordées au chapitre II partie B de ce travail.

## **Chapitre II. Les résident.e.s de pensions de familles, des parcours marqués par les problématiques de santé mentale**

### **A/ Sociographie de cinq profils de résident.e.s**

Ces profils ont été élaborés à partir d'une analyse de correspondance multiple<sup>24</sup> réalisée sur le jeu de données statistiques locales. Ils ne représentent pas de groupes officiels ni même de classifications informelles faites par les professionnel.le.s ou les résident.e.s mais simplement des clusters, des ensembles de personnes liées entre elles de manière statistiquement significative par plusieurs variables. Il s'agit d'un outil utilisé pour représenter de la manière la plus éclairante possible la diversité du public accueilli en pension de famille. L'orienteur, le logement antérieur, l'activité professionnelle, le référent social extérieur et l'âge sont les 5 variables qui ont le plus d'influence sur la construction de ces profils.

#### **1. Profil « personnes ayant un parcours en psychiatrie » - 36,3%**

Profil le plus représenté, le profil « parcours en psychiatrie » regroupe 36,3% de la population étudiée, soit 45 personnes sur 130. Un point d'attention néanmoins, les locataires affectés par des troubles psychiques ne sont pas tout.e.s rassemblé.e.s ici et peuvent être retrouvé.e.s dans n'importe quel cluster. L'appartenance à ce groupe indique simplement un parcours plus marqué par le secteur de la psychiatrie.

En effet 86,7% des personnes dans ce cluster ont été orientées par le secteur de la santé mentale public ou privé. 35,6% de ces personnes (N=16) résidaient auparavant en institution psychiatrique mais la majorité (N=21) viennent d'un logement personnel. Ce premier groupe rassemble autant des résident.e.s de maison-relais que de résidence accueil. Ainsi, contrairement à ce que l'on pourrait penser, il ne semble pas y avoir de différence notable dans l'accueil d'un public relevant du secteur psychiatrique entre une maison relais classique et une modalité de pension de famille spécifiquement destinée à prendre en charge des personnes avec des troubles psychiques.

L'immense majorité du cluster (95,5%) perçoit l'AAH et 71,1% est sous mesure de protection. Tou.te.s les personnes qui en font partie ont entre 26 et 65 ans puisque le groupe

---

<sup>24</sup> L'analyse de correspondance multiple (ACM) est une méthode d'analyse factorielle qui permet d'étudier l'association entre plusieurs variables qualitatives (catégorielles).

ne contient aucun jeune majeur ni aucune personne de plus de 65 ans. La répartition femme/homme, quant à elle, correspond à peu près à celle que l'on retrouve dans le jeu de données contenant l'ensemble des résident.e.s des pensions de famille de la métropole rennaise.

Une seconde analyse de correspondance multiple, réalisée cette fois uniquement avec le public des maison-relais classiques (N=108) permet d'apporter une précision supplémentaire à la description de ce premier cluster. En effet, en maison relais on observe une séparation notable de ce profil lié aux troubles psychiques en deux sous-clusters plus petits. Un groupe « vulnérabilité dans le logement », qui rassemble plutôt des personnes qui résidaient auparavant dans un logement personnel, et un second profil plutôt « institutionnel ».

Dans le premier sous-groupe, le principal motif d'admission (69%) est la vulnérabilité ressentie dans le logement individuel alors que cette cause représente moins d'un cinquième des motifs d'admission parmi l'entièreté des locataires de maison relais. Ces personnes ont été orientés par le secteur de la santé mentale à 77% et sont presque toutes dans l'impossibilité médicale d'exercer une activité. Environ 42% sont reçues en accueil de jour, et un peu plus de la moitié de toutes les personnes concernées par l'accueil de jour font partir de ce groupe. Les individus correspondant à ce profil perçoivent l'AAH à 88% et 65% d'entre eux sont sous mesure de protection. Pourtant, les personnes dans ce sous-groupe ne relèvent à priori pas du tout d'un profil institutionnel. Aucun des membres du groupe ne résidait en institution (hôpital psychiatrique ou clinique) juste avant l'entrée en maison relais et moins de 4% habitaient en hébergement social hors urgence.

A l'inverse, dans le sous-profil « institutionnel », tous les individus ont été admis en sortie de service psychiatrique et plus de la moitié sont pris en charge en accueil de jour. Par ailleurs, la quasi-totalité de toutes les personnes admises en maison relais sur motif de sortie d'institution psychiatrique appartiennent à ce groupe. On compte dans ce second groupe une proportion d'homme un peu plus élevée.

Bien que l' « hébergement social hors urgence et logement adapté » apparaisse comme le premier logement antérieur, représentant 45% des logements de la cohorte d'étude, aucun membre de ce groupe n'y résidait auparavant. On ne remarque pas de différence notable dans les valeurs des variables liés au handicap entre les personnes qui appartiennent au sous-profil institutionnel et celles qui viennent de logement personnel. En effet, 70% des personnes en logement personnel ont été orientées par le secteur de la santé mentale. Les personnes venant de logement personnel et celles venant d'institution

perçoivent toutes les deux l'AAH aux alentours de 75%. On compte même un peu plus de personnes sous mesure de protection chez celles qui résident dans leur logement (55,6%) que chez les personnes en institution (50%). Peut-être justement en raison d'un étayage déjà plus conséquent autour des personnes suivies en hôpital psychiatrique. De la même manière, au total, 77,8% des personnes en logement personnel sont dans l'impossibilité médicale d'exercer une activité alors qu'on en trouve un peu moins (66,7%) en institution psychiatrique.

Les tris croisés<sup>25</sup> permettent également de mettre en avant que les femmes ont bien plus de chances de venir d'un logement personnel que les hommes. 63% de femmes contre 37% d'hommes habitaient dans leur propre logement avant l'entrée en maison relais alors même que les femmes ne représentent que 40,7% des locataires de maisons relais. A l'inverse, elles sont moins nombreuses à sortir d'institutions psychiatriques. Parmi les 130 résidents, 12,7% des hommes résidaient autrefois en institution psychiatrique contre 9% des femmes. Si elles viennent moins directement d'hospitalisation, les femmes sont néanmoins plus fréquemment orientées par le secteur de la santé mentale. En effet, ce secteur est l'orienteur de 43,1% des femmes en maison relais contre seulement 34,9% des hommes, ce qui représente une différence notable. L'écart réside alors entre public et privé, les femmes semblent plus consulter dans le secteur privé puisque seuls 9,5% des hommes ont été orientés par une clinique psychiatrique privée contre 20% des femmes en maison relais. Cette différence s'estompe lorsque l'orienteur est un hôpital public ou un centre médico-psychologique associé.

Cette constatation fait écho à une enquête canadienne<sup>26</sup> qui montre que les femmes utilisent plus fréquemment les services de santé mentale en ambulatoire (de leur propre chef) et comme malades externes, ce qui peut expliquer pourquoi elles vivent plus souvent en logement individuel. De plus, l'enquête montre également que les femmes utilisent jusqu'à deux fois plus les facilités du secteur privé que les hommes et sont moins sujettes à des diagnostics de maladies de type organiques ou de pharmacodépendance qui peuvent demander une hospitalisation.

Pour illustrer ce premier profil « trouble psychique » dans les deux types de pensions de famille, on peut s'intéresser aux portraits de Monsieur C en résidence accueil et de Mme

---

<sup>25</sup> Cette méthode statistique consiste à croiser les résultats de deux variables pour identifier des différences au sein de sous-groupes ou pour révéler des liens explicatifs et des corrélations entre deux variables.

<sup>26</sup> D'Arcy C, Schmitz JA. Sex Differences in the Utilization of Health Services for Psychiatric Problems in Saskatchewan. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 1979;24(1):19-27. doi:10.1177/070674377902400106

H en maison relais.

Monsieur C. est un homme âgé d'une petite quarantaine d'années. Atteint, depuis ses 23 ans, d'un trouble psychique qui l'affecte fortement au quotidien, son parcours de vie est marqué par de nombreuses ruptures : pertes d'emploi, expulsions de logement, périodes d'hospitalisation et périodes sans activité, qu'il nomme « années blanches ».

*« Voilà donc, des hospitalisations après aussi. A peu près j'ai fait le calcul j'en suis à 7, ça fait beaucoup du coup ça fait à peu près tous les deux ans. Mais du coup il y a des plus ou moins rapprochées.*

**Ces hospitalisations elles viennent de vous ?**

*Non donc la première oui mais pas les suivantes. Ça a été par un tiers, dont mes parents et la dernière c'était par le préfet carrément. »*

Mr C. explique comment sa maladie a pu avoir un impact très important sur son bien-être, sur ses comportements et être ainsi la cause de licenciements.

Il y a quelques années, après avoir une nouvelle fois perdu un emploi, monsieur C. est très fragilisé. Il passe six mois « blancs » isolé et en souffrance dans son appartement personnel, avant d'être finalement expulsé de ce logement et hospitalisé par un tiers. Ayant eu une violente dispute avec sa famille, il n'a plus de ressources et plus de proches qui acceptent de l'héberger à sa sortie. Son séjour à l'hôpital lui permet de faire une demande d'AAH, qu'il obtient. Mais -bien qu'il dise ne pas apprécier l'hôpital- monsieur C est contraint d'y rester pendant une durée de presque un an à défaut d'une autre solution de logement. Il est finalement orienté vers une résidence accueil par une travailleuse sociale du CHGR.

**« Vous êtes venu de l'hôpital jusqu'ici directement ?**

*Ouais, c'est ça. En fait, ouais, c'est... Enfin, j'avais pas de logement et tout ça, c'est un logement en urgence, j'avais plus assez d'argent, j'avais plus d'argent, j'avais plus rien. J'étais vraiment à la rue en fait. Et (la structure) m'a accueilli gentiment. »*

Monsieur C raconte avoir très mal vécu son arrivée dans la résidence, il sortait très peu, annulait les activités auxquelles il s'était inscrit et craignait beaucoup le regard des autres. Aujourd'hui il pense avoir trouvé un traitement qui lui convienne et se dit très heureux de l'accompagnement qui lui est proposé, mis à part un nombre d'activités qu'il juge un peu trop réduit.

*« Donc voilà, mais non, c'est un super concept et... Enfin ouais, il me sauve, il me sauve*

*la vie quoi. Parce que je ne sais pas, si j'avais fini la rue, je ne sais pas comment je l'aurais pu... Il y en a qui survivent, mais du coup, je ne sais pas comment je l'aurais vécu... Je ne peux pas imaginer. »*

Dans l'avenir, monsieur C aspire à retrouver une stabilité qui lui permette d'avoir une vie de couple, de retrouver un travail et de prendre un appartement ordinaire pour pouvoir y accueillir ses collègues.

---

Mme H est une femme de la quarantaine qui réside en maison relais. Elle se décrit comme une personne renfermée et en grande souffrance psychique depuis un très jeune âge. Au début de l'âge adulte, elle est victime d'un événement traumatisant qui accentue ses fragilités et qu'elle identifie comme la cause de plusieurs épisodes dépressifs au cours de sa vie. Madame H raconte avoir fait des tentatives de suicide avant ses trente ans qui l'ont menée à passer plusieurs séjours à l'hôpital psychiatrique, principalement à sa propre demande.

*« Je sais que j'ai attenté à ma vie plusieurs fois, jusqu'à trente ans. J'ai eu un suivi psychiatrique. Ça se passait bien. On trouvait un bon traitement. Je repartais chez moi et je craquais. »*

Madame H est isolée, elle n'a pas de contact avec sa famille et très peu d'amis. Après son départ de la maison familiale, elle vit dans plusieurs appartements et deux foyers de jeunes travailleurs qu'elle finit par quitter à cause d'un sentiment d'insécurité. Madame parle de son dernier logement comme la source d'une grande anxiété, ce qui la pousse encore une fois à préférer le cadre sécurisant de l'hôpital.

*« Il y avait des dealers de drogue et c'était malsain. J'avais peur, je vivais dans la peur, la terreur. Je suis allée à l'hôpital psychiatrique et j'ai dit « c'est très simple, si vous me faites repartir, je me tue ». Parce que je ne voulais plus aller dans mon appart. J'avais trop peur, les gens cognaient la porte. »*

C'est finalement une assistante sociale de Guillaume Regnier qui lui parle de la pension de famille. Mme H est convaincue dès sa première visite que le dispositif lui convient. Toutefois, entre le début de la procédure et son entrée en maison relais, Mme H passe un an hospitalisée. Malgré une timidité à son arrivée, elle se dit aujourd'hui très heureuse d'être locataire en maison relais et n'envisage pas de quitter son logement dans le futur. Elle est rassurée par la présence de professionnel.le.s et la surveillance du lieu. Elle indique participer aux activités de la maison-relais plusieurs fois par semaine.



## **2. Profil « personnes venant d'hébergement social (hors urgence) » - 34,7%**

Le second groupe, nommé ici « profil hébergement social » concerne près de 35% de la population étudiée, soit un total de 43 personnes sur 130. C'est un profil typique des maisons relais puisque la totalité des personnes qui font partie de ce cluster y résident (aucune n'habite en résidence accueil). C'est un groupe d'âge plutôt moyen qui ne compte aucun jeune en dessous de 26 ans et aucun retraité, la grande majorité a entre 36 et 65 ans. Ce cluster regroupe 84% de gens qui vivaient auparavant en hébergement social hors urgence. Il s'agit ici principalement de CHRS et de résidences sociales, les autres types d'hébergement hors urgence étant très peu représentés. Ainsi, 49% des personnes dans ce cluster ont été orientées par un.e travailleur.euse de CHRS (21 personnes) et 26% (11 personnes) par une résidence sociale.

Ce groupe est apparemment moins marqué par le secteur du handicap psychique que la population moyenne étudiée, puisque seul 9% des membres du groupe sont orientés par le secteur de la santé mentale, pourtant premier orienteur en pension de famille dans notre cohorte d'étude. Moins de 5% résidaient auparavant en institution psychiatrique contre 20% dans l'ensemble des locataires. De plus, seulement 62% des membres de ce cluster perçoivent l'AAH. Ce nombre paraît déjà conséquent, mais il atteint plus de 80% pour tous les autres clusters réunis en enlevant celui-ci. Bien qu'elles ne représentent qu'un cinquième du total des résident.e.s, 60%, des personnes actuellement en activité professionnelle ou d'insertion sont dans ce groupe.

Enfin, 74% des membres de ce cluster sont des hommes. En effet, les analyses de tris croisés permettent de mettre en avant la proportion plus élevée d'hommes parmi les personnes qui sortent d'hébergement social hors urgence, alors que les femmes sont beaucoup plus susceptibles de venir d'un logement personnel. Néanmoins, ces seuls chiffres ne permettent pas de montrer toute la complexité du parcours de vie des membres de ce groupe, marqué par un ou des passages à la rue et une grande expérience du secteur social, parfois subie par les résident.e.s.

*« Le social en général. Arrivé à 5X ans, je suis toujours dans le social. Et ça me saoule. Parce que si je prends mon parcours depuis que je suis né, on va dire depuis mes 14 ans, depuis que j'ai eu mon accident, on m'a pas lâché la grappe. Au niveau des services sociaux, on m'a pas lâché la grappe. » - Monsieur F, résident de maison relais.*

Les profils de monsieur G et de monsieur F, qui se répondent l'un, l'autre, illustrent plutôt bien ce deuxième cluster.

Monsieur G, un homme âgé de la quarantaine, est aujourd'hui résident de maison relais. Au début de l'âge adulte, il quitte son domicile familial après avoir abandonné un emploi en CDI qui ne lui convenait pas, un choix qu'il n'assumait pas devant sa famille. Cette décision le conduit à vivre plusieurs années à la rue et dans des hébergements de fortune, rompant ainsi tous les liens avec ses proches. Il dit percevoir la vie à la rue à cette époque comme un choix délibéré à défaut de s'épanouir dans le cadre de vie qu'il avait à l'époque. Cependant, après quelques années, Monsieur G décide de tenter de sortir de cette situation précaire pour accéder aux mêmes droits et services sociaux que les personnes qui disposent d'un logement. Il décrit un parcours complexe pour retrouver et remettre à jour ses papiers afin d'obtenir des droits. Monsieur G fréquente alors plusieurs hébergements sociaux hors urgence, dont un foyer jeune travailleur et entreprend diverse stages et formations professionnelles. Finalement, il trouve une formation rémunérée qui lui plaît et parvient, par le biais de celle-ci, à obtenir un logement social. Cependant, peu de temps après, Monsieur G échoue à l'examen et tombe dans une spirale dépressive. Incapable de sortir de chez lui et de faire les démarches nécessaires pour obtenir le RSA et les aides au logement, il accumule de lourdes dettes qui finissent par conduire à son expulsion de l'appartement.

*« Et en fait, bah, du coup, je suis retombé à la rue. Mais malgré moi, c'était pas un choix. Malgré moi. Du coup, le 115, là, je l'ai appelé. Parce que, là, je voulais pas retomber dans ce cercle-là, la zone, tout ça, aller au fourneau pour manger... [...] Et moi, je sais que si je me remettait à zoner, demain, peut-être que je... Voilà, je serais tenté. Parce que j'ai eu des bons souvenirs. Malgré que, justement j'aurais du mal à passer l'hiver. Voilà. Je sais que l'hiver, c'est pas pareil. Quand on est jeune, l'hiver, on gère, quoi. Et puis, je pense que, déjà, c'est plus la même époque. A l'époque, on pouvait facilement ouvrir des trucs. Maintenant, même la loi commence à changer sérieusement. »*

Monsieur G décrit la rue comme un lieu ambivalent à la fois attirant car porteur d'une forme de liberté et de « bons souvenirs » mais également rude et dangereux. Désireux de ne pas y retourner durablement, il entreprend des démarches et passe ainsi trois mois à la rue avant d'être accueilli en CHRS, où il reste pendant un an. Pendant ce laps de temps, une travailleuse sociale du centre lui parle pour la première fois des maisons-relais et lui en fait visiter plusieurs avant de déposer une demande.

A son arrivée en pension de famille, monsieur G se dit heureux de retrouver une forme de liberté vis à vis de toutes les restrictions imposées au CHRS et d'échapper à un climat qu'il juge plus tendu mais il regrette néanmoins les activités : « *Au CHRS, ils*

*avaient des activités intéressantes pour re-socialiser. Mais ils avaient du budget qu'ici, ils ont pas. »* Bien qu'il pense avoir sa place à la maison relais, monsieur G se juge un peu en décalage avec certains des autres locataires. *« Evidemment, c'est un petit cocon. Ici, on est un petit peu entre personnes qui ont... des difficultés et qu'il faut protéger un peu plus que les autres. Donc forcément, ça donne que c'est un public un peu particulier. Avec des handicaps avec... Mais ce n'est pas du tout le public que j'ai l'habitude de fréquenter. »*

Aujourd'hui, monsieur G est à la recherche d'une formation professionnelle et n'a pas le projet de quitter la maison-relais à court ou moyen terme. Il est bénéficiaire de l'AAH depuis sa dépression et dispose d'une RQTH depuis plus longtemps pour un autre type de handicap.

---

Monsieur F est un homme au milieu de la cinquantaine qui réside en maison relais. Venant d'une famille modeste, il fait « l'école buissonnière » et décrit une jeunesse difficile marquée par plusieurs expériences douloureuses. A l'adolescence, il est victime d'un grave accident de la route qui le laisse hospitalisé pendant un an. Il traverse ensuite trois ans de rééducation avant même sa majorité. Au début de l'âge adulte, monsieur F tombe alors dans une lourde addiction à l'alcool qu'il consommait déjà depuis très jeune. *« Après, il y a eu l'armée. Moi bah j'ai été mais j'ai été réformé. Et puis après, j'ai eu des copines, comme ci, comme ça. Et puis là, je suis tombé dans l'engrenage de ...ça [en désignant une canette de bière]. Et puis malheureusement, ça fait 40 ans que je picole. »*

Son parcours de vie est marqué par plusieurs déménagements, notamment après des expulsions, beaucoup d'emplois différents, des condamnations pour délits et toujours une importante consommation d'alcool. Monsieur a également eu plusieurs enfants dont il n'a pas la garde -la plupart étant aujourd'hui majeurs- mais avec qui il garde contact par téléphone.

Il y a quelques années, Monsieur F se retrouve à la rue avec sa compagne de l'époque. Ce n'est qu'au bout de plusieurs années qu'il trouve une place en CHRS où il réside pendant deux ans (la période maximale autorisée). Il est finalement orienté en maison relais par un travailleur social du foyer d'hébergement social. Au moment de l'entretien, monsieur F réside en maison relais depuis plusieurs années. Il dit apprécier son logement actuel et participer aux activités mais, tout comme monsieur G, il se sent en décalage avec les autres résident.e.s, dont certain.e.s sont porteur.euse de troubles

mentaux.

*« Je participe (aux activités), mais c'est... j'aime pas trop l'ambiance. Les gens qui sont ici, t'as des gens qui sont bizarres. [...] Les jeux auxquels on joue à la limite je veux pas dire que c'est des jeux de gamin mais presque. Arrivé à mon âge excusez-moi mais j'ai envie de jouer à autre chose qu'au UNO. Là ici on est quand même que des adultes... Moi ici l'impression que j'ai... quand je vois les gens un peu qui m'entourent, d'être retombé en enfance quoi. »*

Monsieur G a des problèmes de santé, conséquences de ses consommations, qui l'empêchent de trouver un travail comme il le souhaiterait ou de participer à des activités à l'extérieur. Il dit ne pas avoir de projets pour le futur et n'a pas l'intention de quitter l'établissement.

### **3. Profil « jeunes majeurs et handicap non psychique » - 15,3%**

Ce troisième cluster rassemble 19 personnes, soit 15,3% de la population étudiée. Il s'agit principalement de jeunes adultes de 18 à 35 ans (68%), ayant passé moins de 5 ans dans la pension de famille. L'entièreté des 18-25 ans se trouvent dans ce cluster. C'est un public plus présent en résidence accueil puisque seulement 9% des résidents de maison relais présentent ce profil, néanmoins ils comptent pour la moitié du groupe. 84% touchent l'AAH.

Encore une fois, le nom du cluster ne signifie pas que les résident.e.s ne sont pas concerné.e.s par le handicap psychique -avoir un trouble psychique reconnu est d'ailleurs une condition obligatoire pour entrer en résidence accueil- mais simplement que l'étayage autour de la personne (orienteur, référent social, logement antérieur...) est plus tourné vers d'autres types de handicap ou bien le handicap au sens large. Par exemple, 84% des membres de ce groupe ont pour référent le SAMSAH ou le SAVS. Même en retirant les locataires de résidence accueil (dont l'une a un partenariat établi avec le SAVS), cela reste le principal référent de ce groupe. Quatre personnes sur 19 dans ce cluster sont orienté.e.s en pension de famille par un service ou une association qui s'occupe d'un type de handicap particulier (hors psychique) ou du handicap en général et cinq par les travailleur.e.s d'un dispositif dédié aux jeunes majeurs.

Les personnes dans ce groupe résidaient auparavant dans plusieurs types d'hébergement (hébergement social, institution médicale ou médico-sociale, hébergement

famille/amis, rue) mais aucune en logement personnel. Pour elles, la maison-relais est donc souvent un premier apprentissage de l'occupation d'un logement individuel. Les jeunes locataires sont peu nombreux à avoir répondu au questionnaire déclaratif, cependant les observations et entretiens tendent à mettre en avant le séjour plutôt court de ces jeunes en pension de famille. En effet, plusieurs font part de leur désir de quitter ce logement pour un plus grand ou bien pour fonder une famille. Dans ce contexte, la maison-relais peut être vue comme un tremplin ou une solution temporaire pour apprendre à vivre seules, à tenir leur logement ou à ne pas se faire envahir.

Les membres de ce groupe ont un peu moins d'expérience professionnelle que le reste des locataires (42% n'ont aucune expérience) -peut-être en raison de l'âge moyen relativement jeune- et la majorité est aujourd'hui inactive. Néanmoins, ils sont également beaucoup moins nombreux. Seuse à être dans l'impossibilité médicale d'exercer une activité professionnelle que la cohorte d'étude dans son ensemble (seulement 2 personnes sur 19, contre 58% à l'échelle de tous les locataires).

Lorsqu'on réalise une analyse de correspondance multiple uniquement pour les maisons relais, sans prendre en compte les locataires de résidences accueil, un profil jeunes majeurs assez similaire émerge également. Néanmoins en maison relais, c'est plutôt le critère de la jeunesse que celui du handicap non psychique qui caractérise le groupe. 77.78% des personnes dans ce sous-groupe étaient auparavant hébergées par de la famille ou des amis. Elles ont été admises principalement pour cause de fin d'hébergement chez un tiers ou de rupture familiale. Les locataires de maison-relais faisant partie de ce cluster sont également près de la moitié à être en activité professionnelle ou d'insertion contre seulement 13,73% sur l'ensemble des résident.e.s de maison-relais.

Mme E est une résidente de maison relais au début de la trentaine. Titulaire d'un CAP, elle emménage à Rennes chez une amie et commence à travailler à 17 ans pour faire des ménages avec un contrat aidé. Elle trouve une place dans un foyer pour jeunes travailleurs et, dans ce cadre, dépose un dossier MDPH pour obtenir une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé et un accompagnement SAVS. Peu après son arrivée, elle tombe enceinte avant d'être redirigée vers un centre maternel puis, deux ans après la naissance de son enfant, elle quitte le centre pour un logement social personnel. C'est après avoir eu un deuxième enfant et s'être séparée du père qu'elle rencontre une personne qui a une influence néfaste sur elle.

*« Je me suis fait influencer. C'est lui qui a décidé. Il emmenait plein de gens chez moi*

*tout ça. J'avais des problèmes avec les voisins.*

***Il invitait des gens qui squattaient chez vous ?***

*Oui voilà, c'est ça. Je ne pouvais rien dire.*

***C'était difficile pour vous de vous opposer à quelqu'un ?***

*Oui, après j'avais eu le SAVS. Et le juge des enfants m'a dit ' "Il faut partir, sinon vous n'allez plus pouvoir voir vos enfants." Alors moi, je préfère mes enfants. »*

Orientée par un travailleur du SAVS, Madame E fait une première demande d'entrée en maison relais en 2019 mais celle-ci est refusée par manque d'étayage. Elle reprend donc le SAVS -qu'elle avait décidé d'arrêter entre temps- et met en place une curatelle avant de refaire une demande. Une fois établie en maison relais, l'accompagnement est arrêté de nouveau, cette fois par le SAVS, car jugé non nécessaire bien que les missions des travailleur.euse.s de maison relais ne sont pas censé s'y substituer.

*« Ils m'ont arrêté en janvier 2022.*

***Et c'est vous qui avez demandé ou c'est eux qui ont arrêté ?***

*Non, c'est eux qui ont dit que ça ne sert plus à rien. Comme j'habite ici, ils m'ont dit que ça ne sert plus à rien. »*

Madame E touche l'AAH, elle a déjà fait plusieurs stages en Esat mais indique ne pas s'y sentir très à l'aise car son handicap lui semble moins visible que celui des autres personnes avec qui elle a travaillé. Elle n'est pas isolée car elle garde un contact très régulier avec sa mère et ses enfants et participe régulièrement aux activités de la pension de famille.

***4. Profil « personnes vieillissantes et/ou sortie de rue » - 9,7%***

Ce groupe est constitué de 12 personnes, toutes résidant en maison relais classique. Bien qu'il n'arrive que quatrième et représente une catégorie assez peu nombreuse, il est peut-être celui qui correspond le mieux à l'image qui est souvent faite du résident de pension de famille. C'est à dire une personne en situation d'isolement, souvent vieillissante, avec un parcours de vie marqué par un ou plusieurs épisodes de rue et qui a pu dans certains cas développer des troubles liés à ce parcours.

Ce cluster est composé de personnes plutôt âgées avec 58% de retraité.e.s mais il rassemble aussi des individus plus jeunes ayant emménagé en pension de famille après une expérience de vie à la rue. Un peu moins de la moitié des gens dans ce groupe (5 personnes) viennent directement de la rue ou d'hébergement d'urgence. Ce qui semble les rassembler est un profil un peu moins en lien avec le secteur du handicap (psychique ou non) puisqu'une seule personne dans le groupe a une mesure de protection. Aucune n'a d'accompagnement SAMSAH/SAVS, ni d'accueil de jour, et peu (seulement 25%) perçoivent l'AAH, ce qui en fait le cluster dont les membres perçoivent le moins l'Allocation Adulte Handicapé de toute la cohorte d'étude.

Plus de la moitié du groupe n'a pas du tout de référent social extérieur, indiquant très peu d'étayage autour de ces situations en dehors de la présence des hôtes d'accueil. Cet accompagnement minimal -qui est probablement dû, au moins en partie, à un moindre besoin au départ- peut néanmoins devenir problématique avec le vieillissement. En effet sur du logement durable, en l'absence de référent social et avec le manque d'étayage, beaucoup de la responsabilité des conséquences liées à l'âge revient aux hôtes des pensions de famille. D'autant plus en raison du vieillissement précoce dont sont souvent victimes les anciens sans abris, avec une espérance de vie 25 ans plus courte que la population générale<sup>27</sup>.

L'analyse de correspondance multiple réalisée uniquement sur le public des maisons relais précise un peu ce profil en établissant la distinction entre deux sous-groupes. Un groupe vieillissant (N=7) presque entièrement constitué de plus de 65 ans dont les motifs d'admission sont variés, principalement une rupture conjugale qui entraîne une perte de logement. Un second cluster (N=6) constitué de personnes d'âges différents mais toutes admises pour sorties de la rue ou d'hébergement d'urgence sans passer d'abord par un hébergement social hors urgence. Néanmoins, en raison de la petite taille du jeu de données, ces deux groupes sont très réduits, on ne peut donc pas vraiment en dégager d'analyse statistique fine. Il semble toutefois y avoir plus de femmes dans le groupe vieillissant, ce qui correspond aux observations faites sur le jeu de données global avec un public féminin en moyenne plus âgé que les hommes. Quant aux sorties de rue, elles semblent plutôt équilibrées entre femmes et hommes.

Je n'ai pas réalisé d'entretien qui permette d'illustrer parfaitement ce profil. Néanmoins, même s'il s'inscrit plutôt dans le profil pénitentiaire, le récit de monsieur J peut

---

<sup>27</sup> Tazuko Shibusawa, Deborah Padgett, The experiences of "aging" among formerly homeless adults with chronic mental illness: A qualitative study, *Journal of Aging Studies*, Volume 23, Issue 3, 2009, Pages 188-196

également être pertinent pour décrire ce cluster. Son parcours est marqué par des errances, un passage à la rue et des problèmes de santé en vieillissant, liés à ses expériences de vie passées. Sa situation peut fournir une bonne illustration du lien qui peut exister entre la prison, la rue et les troubles psychiques et addictions et illustre en réalité la porosité des frontières de ces différents clusters.

M. J est un résident de maison relais qui approche de la soixantaine. Même s'il dispose d'une reconnaissance de handicap depuis un accident, son parcours de vie et ses accompagnements ne sont pourtant pas très liés au secteur du handicap. Monsieur J parle de son enfance comme d'une période douloureuse marquée par un père violent. Il commence à travailler très jeune en tant qu'ouvrier en usine et mène sa vie sans rencontrer de difficultés particulières jusqu'à un accident de travail aux alentours de la quarantaine. A partir de là, tout se dégrade, il passe deux ans en rééducation et raconte une période très difficile que le pousse à tomber dans une conduite addictive.

*« J'ai arrêté de travailler, la vie de famille... Je sortais avec une femme à l'époque, c'est devenu très compliqué. Je me suis mis un peu dans l'alcool. Après, c'était la descente des enfers. L'alcool est devenu omniprésence chez moi. A tel point qu'en 20XX, il me restait même pas deux ans de vie. »*

Quittant sa famille et sa ville natale, monsieur J emménage à Rennes, il passe quelques temps dans autre pension de famille avant de trouver un logement personnel, il est alors suivi par une association pour son addiction à l'alcool. Néanmoins, les choses ne s'améliorent pas et sa consommation l'entraîne dans des conduites illégales. Il finit par être condamné et contraint de quitter son studio d'alors.

*« C'est un peu triste à dire, mais je suis rentré en prison en 20XX. C'est la prison qui m'a sauvé la vie. [...] Voilà j'ai fait 9 ans et demi. Je suis sorti en 20XX. Et depuis je n'ai pas touché à l'alcool. Je ne peux plus entendre parler d'alcool. »*

A sa sortie de prison, Monsieur J a perdu ce qui lui restait de famille proche et se retrouve sans solution de logement. Il remplit les papiers pour entrer en maison relais mais- n'ayant pas rapidement accès à une place disponible- il se retrouve à la rue pendant plusieurs mois.

*« J'étais hébergé avec le 115. C'était pas une vie non plus. C'est très dur. Il y a un peu tout type de personnages là-dedans. Différentes nationalités. On ne pouvait pas s'accorder comme ça. Je rentrais le soir là-bas. Je restais dans la chambre, je ne*



*descendais pas manger. Je ne me mêlais pas des gens. Le matin de bonne heure, je repartais. Mais la journée, je ne faisais rien. C'était marcher, marcher, marcher. Je faisais que ça.»*

Au bout de quelques mois sans logement, monsieur J est hospitalisé à l'hôpital psychiatrique Guillaume Regnier pour la première fois de sa vie. Il dit avoir « craqué » à cause de l'épuisement lié à son mode de vie à la rue. C'est durant cette période qu'une place se libère finalement en maison relais. Aujourd'hui, monsieur J se dit très satisfait de sa vie en pension de famille mais il décrit des problèmes de santé conséquents liée à son parcours de vie et sa consommation d'alcool par le passé. A l'avenir, si sa santé le lui permet, il aimerait pouvoir emménager par lui-même à la campagne.

### **5. Profil pénitentiaire – 4%**

*Au lieu que la folie efface le crime au sens de l'article 64, tout crime maintenant, et à la limite toute infraction, porte en soi, comme un soupçon, légitime, mais aussi comme un droit qu'ils peuvent revendiquer, l'hypothèse de la folie, en tout cas l'anomalie.*

*- Surveiller et punir, Michel Foucault, éd. Gallimard, 1975, p. 28*

Ce dernier profil est très peu représenté puisqu'il ne rassemble que 5 personnes (soit environ 4% de la cohorte d'étude). Dans ce petit cluster de 5 personnes, deux ont plus de 65 ans. Quatre personnes sur cinq habitent aujourd'hui en résidence accueil. Cela n'est pas surprenant puisque, depuis 2009, l'association ALFADI qui possède une des résidence accueil, est missionnée pour assurer la coordination départementale du logement des "sortants de prison".

Ce petit groupe de cinq peut paraître une catégorie peu convaincante en raison du nombre très réduit d'individus concernés. Néanmoins et encore une fois, on ne prend pas en compte ici toutes les personnes qui ont fait de la prison, mais seulement toutes celles qui ont été orientées en maison-relais directement à la sortie d'un établissement pénitentiaire. Si une personne est passée par un autre organisme ou un autre logement à sa sortie de prison avant d'entrer en pension de famille, elle ne sera pas comptée dans ces chiffres. Les profils ne sont donc pas fermés et le cluster pénitentiaire pourrait bien se rapprocher du précédent par certains aspects (personnes plutôt âgées, moins orientées par la santé mentale, lien

entre sortie de prison et passage à la rue...). On peut voir par exemple, dans les résultats du questionnaire déclaratif, que 8 résident.e.s sur 42 soit 19% déclarent avoir déjà vécu en prison (contre seulement 4% comptées dans ce profil) et 6 personnes sur les 8 qui déclarent être allés en prison mentionnent également un passage par la rue.

Mme B est une femme sur la fin de la cinquantaine qui habite en résidence accueil. Elle arrête l'école en troisième et commence à travailler jeune. Elle enchaîne alors les petits boulots jusqu'à 30 ans, âge auquel elle décroche un CDI qui lui plaît beaucoup, malgré les exigences d'un travail qu'elle décrit comme « très physique ». Ce n'est qu'aux alentours de 40 ans que la vie de Mme B est bouleversée, à la mort de la personne avec qui elle partage sa vie.

*« Ça m'a tout écroulé, j'ai perdu mon emploi, j'ai perdu... mon logement à cause de ma famille. Ils profitaient de moi, ils m'ont tout volé. Mon frère m'a intimidé pour avoir de l'argent puis je me suis mise à boire et tout. »*

Sa santé physique se dégrade rapidement mais, sur l'insistance de son médecin, Mme B se lance dans une cure qu'elle juge alors très efficace. Elle commence alors à s'en sortir lorsqu'un deuxième décès dans sa famille vient l'impacter lourdement et la fait replonger. Peu de temps après, alors qu'elle est très alcoolisée, Mme B commet un acte qui lui vaut une lourde condamnation. Elle est envoyée en prison dans sa ville natale où elle passe quelques années avant d'être transférée ailleurs, puis finalement à Rennes. Elle effectue au total une peine de 11 ans. A l'approche de sa sortie c'est une assistance sociale de la prison qui lui parle de la résidence. Mme B n'a plus de contacts réguliers avec sa famille et n'a pas d'autre solution de logement.

**« Et comment vous avez vécu votre arrivée ici ?**

*Angoissé. Ça allait bien le matin avec Mme X, puis à deux heures, je voulais retourner en prison. Il n'y avait pas de bruit, silence, personne qui parlait. [...] Des fois, ça me manque. Ne serait-ce que pour le travail, que ce soit pour les surveillants que j'aime bien... C'est un autre monde. On s'habitue. »*

Aujourd'hui Mme B a purgé sa peine mais ne se sent pas parfaitement à l'aise à la résidence. Elle déplore d'une part le manque d'activité et aimerait trouver un travail pour s'occuper. De l'autre elle raconte se sentir discriminée à ce sujet au sein même de l'établissement et du collectif.

*« [Je ne suis] pas forcément à l'aise dans le collectif puisqu'il peut y avoir des éléments, des gens qui me ramènent des choses à la figure. On souffre trop quand on a*

*été condamné, on a souffert avant, pendant et après. Mais après, ça s'est estompé. Tu as ta peine à faire, tu la fais. Point. Mais le plus dur, c'est d'être rejugé, resali à la sortie. Personnellement, je paierai toute ma vie. C'est quelque chose qui est dans ma mémoire donc j'y pense. »*

Elle envisage la résidence comme un lieu de transition pour lui permettre de retrouver un travail et une maison avec des animaux.

Ces cinq profils -qui peuvent parfois se recouper- dressent un tour d'horizon des principaux profils de personnes accueillies en pension de famille. On remarque donc la prévalence très importante du handicap dans la plupart des groupes avec néanmoins des distinctions importantes. Si le lien entre logement social adapté et trouble psychique apparaît nettement dans ces données, ces analyses statistiques et les entretiens associés, permettent de questionner la corrélation entre les deux. On peut émettre l'hypothèse qu'il existe un lien de causalité pas toujours identique en fonction des profils, entre difficultés de santé psychique et parcours de vie difficile.

D'une part, monsieur C et madame H du premier profil ou de madame E du troisième cluster, font état de difficultés de santé mentales et psychiques dès le début de la vie adulte. Ces difficultés semblent être -au moins en partie- la cause des parcours de vie complexes et hachés, marqués par des hospitalisations, des difficultés à habiter dans un logement personnel et beaucoup de ruptures de vie de manière générale. Au contraire, d'autres résident.e.s font état d'une vie marquée par des accidents de parcours (accident de travail, traumatisme, passage à la rue, en prison...) qui entraînent des conduites addictives ou des difficultés de santé psychiques et physiques par la suite. L'étude "Santé mentale en population générale" (SMPG) en France a montré que les troubles liés aux traumatismes sont fréquents et souvent sous-diagnostiqués<sup>28</sup>. Monsieur F, madame B et monsieur J, des seconds, quatrième et cinquième clusters paraissent répondre plutôt à ce second groupe. Bien entendu, il ne s'agit pas de catégories fermées, pauvreté, instabilité et difficultés psychiques peuvent ensuite se renforcer mutuellement.

---

<sup>28</sup> G. Vaiva, L. Jehel, O. Cottencin, F. Ducrocq, C. Duchet, C. Omnes, P. Genest, F. Rouillon, J.-L. Roelandt, Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine, L'Encéphale, Volume 34, Issue 6, 2008, Pages 577-583.

## **B/ La prévalence de troubles psychiques et addictifs**

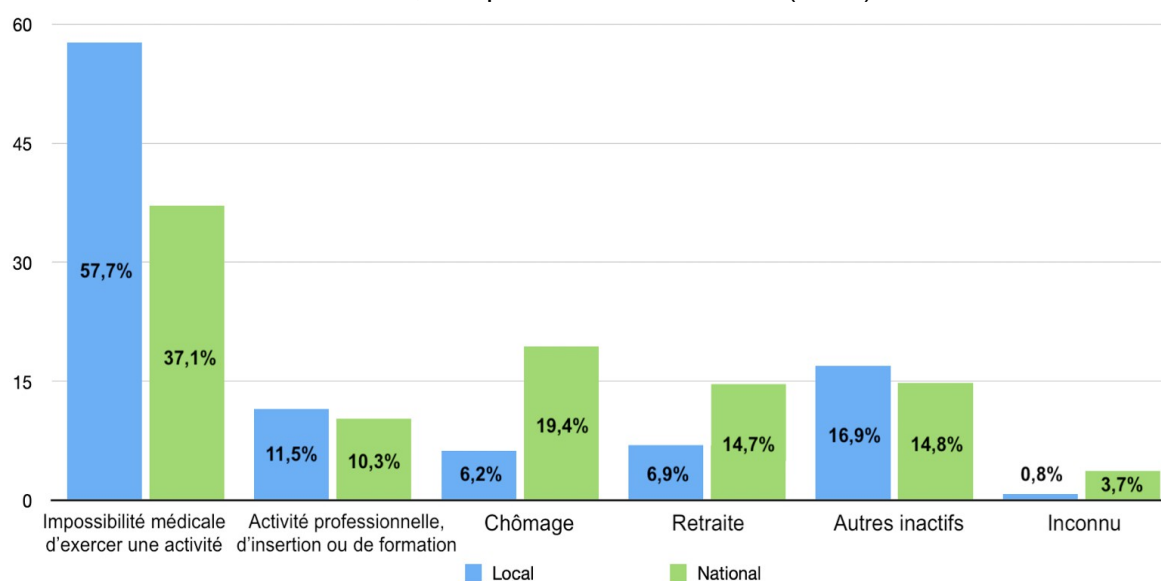
### **1. Un profil local plus marqué par le handicap psychique**

Cette partie de l'analyse a été construite en effectuant une comparaison entre les données relevées localement et celles de l'*Enquête auprès des établissements et services en faveur des adultes et familles en difficulté sociale 2020-2021* de la DRESS. Il est nécessaire de mentionner que la collecte de données au niveau local a eu lieu au début de l'année 2024. Ainsi, certaines des spécificités de la cohorte d'étude pourraient être en partie dues à une rapide transformation du public au niveau national. Que cela soit le cas ou non, la comparaison semble tout de même porteuse d'informations intéressantes puisqu'on observe effectivement des écarts notables entre notre cohorte d'étude en début 2024 et les résident.e.s des maisons-relais dans le reste de la France en 2021.

Ainsi, à l'échelle nationale, les résident.e.s des pensions de familles sont à 91,5% des personnes vivant seules et sans enfants, contre 97,7% localement (le seul ménage différent au local a été retiré du jeu de données pour préserver son anonymat) ce qui ne présente pas un écart très significatif. On trouve en revanche une proportion sensiblement plus importante de femmes au niveau local. Cela est en partie dû à l'existence d'une pension de famille entièrement réservée aux femmes qui accueille 12 résidentes au moment de la collecte, mais cette raison n'est pas explicative de l'entièreté de la différence constatée. En ce qui concerne l'âge des résident.e.s, on remarque que le public est légèrement plus âgé au niveau national avec 47,1% des locataires qui ont plus de 55 ans contre seulement 33,9% localement.

La cohorte d'étude semble également beaucoup plus concernée par le handicap et les difficultés de santé. Bien que le taux d'activité professionnelle ou d'insertion soit à peu près similaire aux deux échelles -ne dépassant pas 12%- il existe en revanche d'importantes différences dans le statut des non-actifs entre le niveau local et national. Dans les pensions de famille de la métropole rennaise, la majorité des inactifs est principalement décrite comme « dans l'impossibilité médicale d'exercer une activité ». Si au niveau national cette catégorie est tout de même la plus représentée, elle ne rassemble que 37,1% des locataires. Statistiquement, la proportion de personnes dans l'impossibilité médicale d'exercer une activité est très significativement plus faible dans les données nationales ( $p$ -value=6.3e-07). Au contraire, à l'échelle nationale, le taux de chômeurs -c'est à dire de personnes à la recherche d'une activité professionnelle- approche de 20% contre 6% localement.

Figure 6 – Type d'activité professionnelle exercée par les résident.e.s de pension de famille, comparaison local/national (en %)



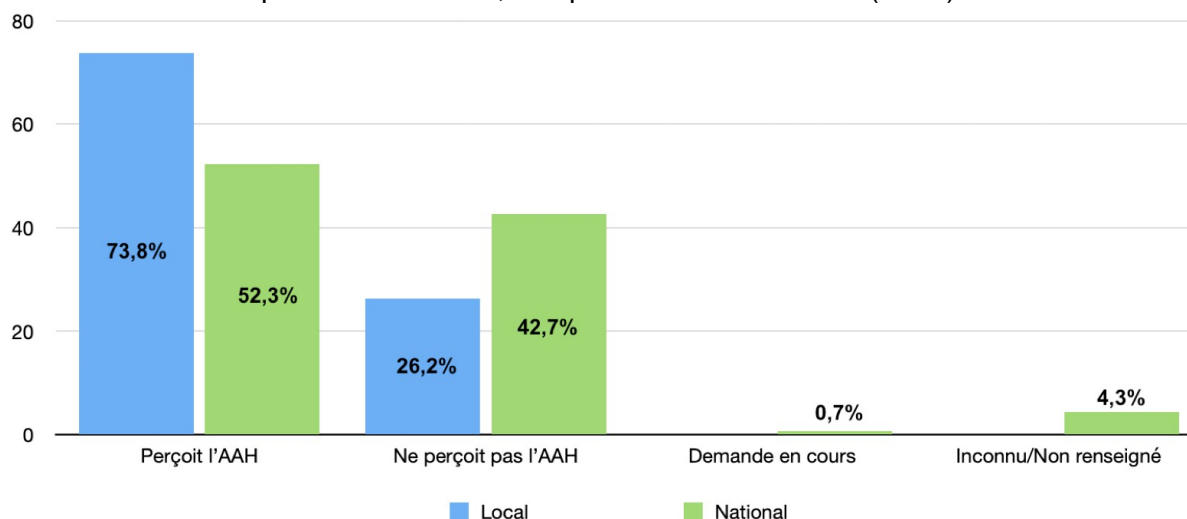
**Lecture :** 37,1% des personnes locataires ont été orientées par le secteur de la santé mentale à l'échelle nationale contre 57,7% dans l'étude rennais

**Champ :** France entière, au 31 janvier 2021

**Source :** Enquête auprès des établissements et services en faveur des adultes et familles en difficulté sociale - 2020-2021, DREES - Ministère de la Santé [producteur], ADISP [diffuseur]

En ce qui concerne plus spécifiquement le handicap, plus de la moitié des résident.e.s de pensions de famille perçoivent l'AAH à l'échelle nationale. Néanmoins cette proportion est nettement moins importante que dans la métropole Rennaise où elle atteint 73,8%. Cette différence est statistiquement significative (p-value = 0.000149).

Figure 7 - Taux de perception de l'Allocation Adulte Handicapé par les résident.e.s de pension de famille, comparaison local/national (en %)



**Lecture :** 52,3% des personnes locataires perçoivent l'AAH à l'échelle nationale contre 73,8% localement

**Champ :** France entière, au 31 janvier 2021

**Source :** Enquête auprès des établissements et services en faveur des adultes et familles en difficulté sociale - 2020-2021, DREES - Ministère de la Santé [producteur], ADISP [diffuseur]

Il est étonnant de retrouver une proportion si importante de personnes percevant l'allocation adulte handicapée à l'échelle locale. Une partie de cette différence pourrait peut-être s'expliquer par une population légèrement plus âgée au national, avec près de 15% de plus de 65 ans contre, seulement 6% localement. En effet, les personnes ayant dépassé l'âge légal de départ à la retraite ne pourront plus prétendre à cette allocation sauf à taux d'incapacité supérieur à 80%. De plus, depuis janvier 2020, le montant du minimum vieillesse est devenu supérieur au montant maximal de l'AAH<sup>29</sup>, incitant les bénéficiaires à choisir l'allocation la plus rémunératrice. Néanmoins au vu de la date de récolte de ces données par la DRESS (2020-2021), cette hypothèse est à nuancer.

Une autre réponse possible pourrait être un taux plus élevé d'attribution de l'AAH dans la population générale de Rennes métropole. Cependant, une étude de 2013<sup>30</sup> montre que le département d'Ille-et-Vilaine fait plutôt partie (en tout cas à l'époque) de ceux où la prévalence de l'AAH est inférieure à la moyenne nationale. Rennes est une ville de taille moyenne, et ce sont au contraire les communes rurales et isolées qui comptent le plus de bénéficiaires. Bien entendu, le taux d'attribution de l'AAH a beaucoup augmenté partout en France depuis 2013 et il n'est pas invraisemblable que cette tendance ait pu se renverser localement. Mais à défaut de disposer de données qui viendraient corroborer cette hypothèse, on peut donc penser qu'une partie de cette différence est bien expliquée par une disparité dans le public accueilli dans les pensions de famille de Rennes.

Une autre différence notable entre la cohorte d'étude et les données nationales se trouve dans le motif d'admission des résidents en pension de famille. A l'échelle locale le motif « sortie de service psychiatrique » représente 20% des admissions contre une moyenne de seulement 13,2% dans les pensions de famille françaises. Cet écart est statistiquement significatif (p-value=0.04). En ce qui concerne le logement antérieur à la pension de famille, on observe une différence de 6 points de pourcentage dans les locataires résidant auparavant en « institutions » ainsi qu'en « hébergement social hors urgence et logement adapté ». Ces résultats suggèrent un profil un peu plus institutionnel dans la métropole rennaise par rapport au reste de la France. Il n'existe pas de données sur le service qui a orienté le résident.e dans le jeu de données de la DRESS mais il aurait été intéressant de savoir si le secteur de la santé mentale est également -et avec autant d'écart-

---

<sup>29</sup> Source : Le handicap en chiffres édition 2023, DRESS

<sup>30</sup> Bénédicte MORDIER. L'allocation aux adultes handicapés attribuée dans les départements, des disparités liées au contexte sociodémographique des territoires. Dossiers solidarité et santé N° 49, Décembre 2013, DRESS.

le premier orienteur vers les maisons relais à l'échelle nationale.

A l'inverse, 16,5% des résident.e.s de l'étude menée par la DRESS sont entré.e.s en maison relais directement à la sortie d'un hébergement d'urgence, de fortune ou bien de la rue, contre seulement 6,2% localement. A l'échelle locale, les personnes à la rue ou en hébergement d'urgence semblent donc plus susceptibles de d'abord passer par un hébergement social (CHRS ou résidence sociale) avant d'entrer en pension de famille.

On peut formuler quelques hypothèses quant à cette plus grande prévalence de personnes orientées par le secteur psychiatrique à Rennes. La première serait une plus grande facilité pour trouver et consommer des drogues au centre-ville de Rennes que dans le milieu rural où sont localisées une grande partie des pensions de familles. Ces drogues, souvent dures peuvent entraîner des troubles addictifs et une situation de plus grande précarité (perte d'emploi, de logement, de relations...). Lors des entretiens, plusieurs résident.e.s ayant eu des problèmes de toxicomanie font mention d'une constante sollicitation de la part de dealer en centre-ville.

*« Ce n'est pas de la peur de voir la drogue et tout, mais il y en a partout, il y en a partout, partout, partout, et moi, j'ai donné niveau drogue. Mais juste les voir ça m'énerve quoi. On ne vit plus, c'est devenu quelque chose d'insensé. »* - Monsieur K, résidant d'une maison relais en centre-ville et ancien toxicomane.

A l'inverse l'unique maison relais plus éloignée du centre de Rennes est considérée comme un lieu plus calme et plus à l'abri des tentations en ce qui concerne la drogue. Un entretien avec un représentant du Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) a permis de d'interroger cette prévalence des addictions. Le SIAO a de nombreuses missions en Ille-et-Vilaine autour de l'hébergement d'urgence et du logement adapté. Il recense notamment les demandes sur le département et effectue une évaluation sociale, médicale ou psychologique des publics dans le but de les orienter vers un dispositif adapté. De cet échange ressort que -depuis quelques années déjà- les travailleurs du SIAO remarquent l'augmentation des consommations et des addictions à Rennes. Cette augmentation entraînerait alors une plus grande précarité psychique et psychiatrique des publics accueillis en hébergement d'urgence. Hors d'après le questionnaire déclaratif utilisé dans cette enquête, 26% des résident.e.s de maison relais disent avoir déjà vécu à la rue ou en hébergement d'urgence et 40% déclarent avoir au moment de l'enquête au moins une problématique d'addiction (hors tabac).

En ce qui concerne les autres variables renseignées dans les deux cohortes locales

et nationales, il ne semble pas y avoir de différence significative. La répartition des nationalités des résident.e.s est plutôt similaire. Le nombre d'années passées dans l'établissement est un peu supérieur à l'échelle nationale mais cela pourrait être dû au fait que la plupart des dispositifs rennais ont ouverts assez récemment.

## **2. Un défi pour l'accompagnement des professionnel.le.s**

Cette forte prévalence des troubles psychiques et des addictions dans le public accueilli en pension de famille est particulièrement mentionnée et déplorée par les professionnel.le.s. Huit hôtes des maison-relais de l'étude déclarent que les addictions engendrent des difficultés importantes et régulières dans leur accompagnement qui impactent fortement le collectif et/ou leur propre bien-être au travail. Sept professionnel.le.s font le même constat au sujet des difficultés liées à un suivi inexistant ou insuffisant des troubles psychiques des résident.e.s<sup>31</sup>. Aujourd'hui, ces difficultés peuvent pousser les professionnel.e.s à opérer une sélection plus sévère parmi les nouveaux résident.e.s.

Entrer en maison relais est déjà une procédure assez longue et complexe qui demande un fort investissement administratif et personnel de la part d'une personne intéressée. La longueur de cette procédure est notamment justifiée par le fait qu'il ne s'agit pas d'hébergement d'urgence ou même temporaire hors urgence (CHRS, résidence sociale...) mais bien de logement durable. Après avoir obtenu une orientation maison relais par la commission locale de l'habitat (CLH), le.a futur.e résident.e peut visiter les différents dispositifs autour de Rennes et se positionner sur l'un deux, ou sur plusieurs, dans l'attente d'une place. Il ou elle réalise alors un entretien d'admission en présence des deux hôtes de pension de famille. Une fois par semestre environ, les travailleur.euse.s de toutes les maison-relais de la métropole rennaise se rassemblent lors d'une commission unique des maisons-relais menée par le SIAO et en présence d'une représentante de la CLH, afin d'étudier les situations individuelles. C'est à cette occasion qu'ils vont de décider s'il est possible d'accepter ou non une demande (ou du moins de la placer en liste d'attente).<sup>32</sup> Lors de ces commissions, les situations de sortie d'hôpital psychiatrique sont évaluées avec une précaution particulière par les professionnel.le.s participant.e.s. La crainte d'accueillir une personne avec un suivi médical lacunaire, un traitement non stabilisé ou qui ne serait pas capable de suffisamment d'autonomie est régulièrement mentionnée. Cette inquiétude est

---

<sup>31</sup> Annexe 3 : Questionnaire déclaratif des professionnel.le.s

<sup>32</sup> Les modalités d'accueil en maison relais diffèrent grandement selon les départements. En Ille-et-Vilaine, la maison relais garde cependant le dernier mot si elle ne souhaite pas accueillir un locataire.



née de plusieurs difficultés déjà rencontrées par les professionnel.le.s au cours des années précédentes.

**« Est-ce qu'aujourd'hui, vous accueillez les mêmes personnes que vous accueilliez il y a 5 ans ?**

*Il y a des vigilances sur les troubles psy ou sur l'accompagnement. On peut faire attention un peu plus sur le suivi de soins. Sur l'équilibre. On est attentifs à l'équilibre entre les personnes qui sont parties et les personnes qui doivent revenir. Si la personne qui est partie avant, il y avait des troubles à l'ordre public, ou... mis à mal pour cause d'addiction ou autre, on évite de remettre une personne qui va être dans les mêmes problématiques. » - Monsieur R, travailleur en maison-relais.*

Le fonctionnement en commission unique est très récent (moins de 2 ans au début de l'enquête) puisqu'il existait auparavant une commission par maison relais. Pour les travailleur.euses de maison relais, la commission unique est un pas en avant, elle permet d'échanger avec d'autres professionnel.le.s et d'obtenir plus d'éléments sur les situations que lors d'un simple entretien individuel. Celle-ci pourrait être la cause d'une évolution du public.

*« Pendant un moment, c'est vrai que c'est beaucoup le CHGR qui faisait des orientations vers les maisons en relais, et en fait, quand les personnes sont stabilisées, il n'y a pas d'addiction, ben oui elles ont totalement leur place en maisons en relais, mais en fait si c'est trop fragile... je trouve que ça, ça évolue, parce qu'en fait maintenant il y a les commissions uniques. » - Mme S, hôte de maison relais.*

Ces évolutions font écho à des situations qui semblent se complexifier depuis plusieurs années. Les professionnel.le.s et les résident.e.s font tou.te.s le récit de situations difficiles qui ont parfois mis à mal le collectif allant jusqu'à provoquer un sentiment d'insécurité au sein de la pension de famille. Ainsi, cinq hôtes maison-relais sur les douze répondant.e.s au questionnaire se disent *plutôt pas d'accord* avec la phrase « Je me sens en sécurité (physique et psychologique) dans mon travail ». Une hôte exerçant le métier depuis longtemps raconte des épisodes de grande insécurité dans la résidence à cause, notamment, d'un locataire qui laissait des trafiquant squatter chez lui. Puisqu'il s'agit d'un logement très protégé, il a fallu un an et demi et plusieurs dépôts de plainte (de résident.e et pro) pour mener une procédure d'expulsion. Elle raconte également comment elle a déjà été menacée par une résidente qui voulait de l'argent pour acheter sa dose ou une autre fois par un locataire qui ne prenait pas son traitement. D'autres font état de destructions et de violences dans l'enceinte de la résidence, qui ont inquiété les locataires. Les

professionnel.le.s identifient généralement ces problèmes comme résultants de troubles addictifs (comportements induits par l'usage d'alcool ou de drogue, visite ou même installation de dealers dans le bâtiment...) ou psychiques (décompensation, mauvais suivi ou inexistence du traitement, difficulté à ne pas se laisser envahir chez soi par des personnes néfastes). Ces évènements ont donc un impact considérable sur le bien être à la fois des résident.e.s collectivement et individuellement et des professionnel.le.s du social. Ces dernier.e.s peuvent se sentir dépassées par des tâches qu'ils estiment liées au médico-social ou au sanitaire.

Face à ces situations complexes, les travailleur.eus.es des maison-relais et résidences accueil de la métropole rennais sont en grande demande de solutions et les recherchent collectivement. En plus des commissions uniques, des groupes de travail sont organisés régulièrement autour de thématiques variées (vieillesse, décès...), il existe des réunions d'analyse de pratiques communes aux maisons-relais et résidences accueil. Même le stage à l'origine de ce travail avait pour objectif premier la recherche de moyens afin de financer un poste d'infirmière psychiatrique entre les différents dispositifs.

## Chapitre III. La santé, une question centrale qui en éclipse d'autres

### A/ Une réponse sanitaire qui occulte d'autres problématiques

#### 1. « *Nous sommes une annexe de la psychiatrie* »<sup>33</sup>, un diagnostic partagé par les professionnel.le.s

Les deux premières parties de ce travail mettent en avant les besoins en santé des locataires. Besoins auxquels les professionnel.le.s du social travaillant dans les différentes pensions de famille de la métropole rennaise ne se sentent pas à même de répondre seuls. Pourtant, malgré le désir d'accueillir un.e infirmier.e psychiatrique ou un.e autre professionnel.le du soin sur la structure, il s'agit plutôt d'un choix par défaut pour les responsables de services habitats commanditaires du stage. En effet, dans le cadre des maisons relais, les professionnels du social semblent idéalement revendiquer un accompagnement extérieur pour les soins, afin que la pension de famille reste un dispositif de logement et de logement uniquement. Cependant, le manque de structures, la faiblesse de certains partenariats et la difficulté d'obtenir un rendez-vous de santé à l'extérieur les oblige à trouver une réponse immédiate par l'intégration des soins au sein de la résidence. Ainsi, dans le questionnaire déclaratif destiné aux professionnel.le.s, huit hôtes répondant.e.s sur douze pensent que les partenariats de la pension de famille avec les services de santé locaux sont insuffisamment développés. Selon elles et eux, les trois principales difficultés qui limitent l'accès aux soins des résidents sont : le manque de généralistes, le manque de spécialistes et la longueur d'attente pour obtenir un rendez-vous. En entretiens, deux hôtes font également mention de la sectorisation des services complique qui encore plus la prise en charge globale. Ainsi le Csapa ne s'occupe que des addictions, le CMP des troubles psychiatriques, d'autres associations ou services vont prendre en charge les problèmes liés au vieillissement... Mais lorsqu'un individu cumule plusieurs problématiques comme cela est fréquent dans le cadre des pensions de famille (personne âgée, sortie de rue, avec un trouble psychique et une addiction), il n'existe pas toujours de réponse appropriée. La maison-relais devient alors le point de référence de la personne à partir duquel va se construire tout son parcours de soin.

Le besoin de trouver une réponse directement dans la pension de famille est accentué par le fait que les résident.e.s sont souvent perçu.e.s comme étant "en structure" de par la présence de travailleur.euse.s sociaux.ales en maison relais. Cela pousse les

---

<sup>33</sup> Psychologue dans une association qui s'occupe de maison-relais. Extrait du journal de terrain, 28 mars 2024

partenaires à considérer que les locataires de maison-relais n'ont plus besoin d'accompagnement et conduit à l'arrêt des suivis extérieurs après quelques années. Ainsi, plus de 68% des personnes qui ont passé plus de 5 ans dans le dispositif n'ont plus que leur mandataire judiciaire (41,46%) ou même aucun référent (26,83%) alors même que le lien avec au moins un référent extérieur est obligatoire lors de l'entrée en pension de famille. On peut le voir dans le cas de Mme E (Chapitre II, partie A, sous-partie 3), dont l'accompagnement SAVS s'est arrêté après son arrivée à la maison relais. En l'absence d'un suivi effectif en dehors de la pension de famille, les résidents ne trouvant pas de réponses adéquates à l'extérieur, se tournent automatiquement vers les hôtes pour des questions de santé (p.22). Cependant, les hôtes, généralement professionnel.le.s du social de formations CESF, TISF, assistant.e sociale... ne sont pas censé.e.s réaliser ce type d'accompagnement et se disent parfois démuni.e.s face à un besoin de soutien très important sur le volet médical. Certaines perçoivent un décalage des troubles, avec un public des maisons-relais qui ressemble beaucoup à celui normalement reçu en résidence accueil et des locataires en résidences accueil qui ont besoin d'un accompagnement quotidien jusque dans la préparation des repas.

« *On a quand même un public qui devrait être en foyer de vie qui est en résidence accueil.* » - Employée du service habitat d'une des associations. Journal de terrain, 12 février 2024.

Dans l'une des maison-relais, les travailleuses bénéficient d'une réunion mensuelle d'analyse clinique avec une psychologue de l'association autour des profils des résident.e.s. Cette réunion est alors l'occasion pour les hôtes de poser des questions quant à la posture à tenir, en lien avec les troubles psychiques des locataires. Cette psychologue connaît les situations des locataires et en a même rencontré un certain nombre, mais elle n'exerce que deux heures par mois pour la maison-relais. Néanmoins elle reconnaît également les importantes difficultés en lien avec la santé mentale des résident.e.s. Pour elle, la maison-relais est « une annexe de la psychiatrie » mais sans en avoir les mêmes ressources.

Les pensions de famille sont financées par la DRASS-DDASS à hauteur de 19,5 euros par jour et par place, selon les données recueillies au moment de cette enquête. Ce budget est plus de deux fois inférieur à celui alloué aux Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), et il est également nettement plus modeste que les financements accordés à d'autres dispositifs inscrits dans le cadre du programme *Logement d'abord*. On peut prendre l'exemple d'*Un Chez-soi d'abord* qui, lors des commissions d'admission, est parfois mentionné en plaisantant par les professionnel.le.s lorsqu'une candidature présente un trouble psychique important : « Ce serait bien qu'il ait la bonne

pathologie [pour *Un Chez-soi d'abord*] ! »<sup>34</sup>. Il est jugé comme un dispositif « un peu hors des réalités »<sup>35</sup> avec beaucoup de moyens et qui ne prend pas toujours en compte les contraintes de la vie en collectif. A l'inverse du CHRS, la maison relais est un logement durable et les conditions d'admission sont beaucoup plus larges que pour *Un Chez-soi d'abord*, ce qui peut conduire à y placer tous ceux qui ne trouvent pas de logement ailleurs.

*« Mais pour certaines personnes aussi, des fois on voit bien qu'il y a des étapes qui sont un peu grillées ... et surtout que entre guillemets ils sont « incasables » si je puis dire, et que la maison relais c'est un peu... c'est un peu la bonne solution entre un logement lambda et un CHRS ou une résidence sociale où les gens ne peuvent pas rester en fait. Comme la maison relais c'est du logement durable, on se dit 'bon bah voilà c'est des personnes qui peuvent pas être dans un logement autonome et ils peuvent pas rester en résidence sociale ou en CHRS, donc ils vont en maison relais.' C'est ou ça ou la rue quoi. [...] Quand on a les moyens comme Un Chez-soi d'abord avec une équipe pluri-disciplinaire on peut se permettre de sauter certaines étapes, pas quand on est deux. » - Mme M, hôte de pension de famille*

Ainsi peuvent se retrouver en maison relais des personnes qui sont contraintes de quitter un CHRS ou une résidence accueil car elles sont arrivées à la limite des deux ans, sans pour autant que leur situation ait nécessairement évolué vers le positif. La théorie étant qu'une personne, après avoir passé deux ans en CHRS sera capable de transitionner durablement vers une maison relais. Cette réflexion repose sur un principe de guérison en supposant que la personne n'a besoin d'un accompagnement que temporairement avant d'être à nouveau capable de se débrouiller seule. En pratique pourtant, ce n'est pas tant la capacité de vivre avec un accompagnement moins important que la nécessité de quitter l'hébergement temporaire qui pousse certaines personnes en pension de famille. Dans d'autres cas, le vieillissement amène également d'autres problématiques. Sur les 42 résident.e.s ayant répondu au questionnaire déclaratif, 64,3% déclarent ne pas avoir le projet de quitter la maison relais ni à court terme ni dans quelques années. Ce pourcentage, couplé à des parcours de vie qui entraînent des troubles précoces liés à la sénescence, contraignent alors les professionnel.le.s à s'interroger sur la gestion du vieillissement de leurs locataires dans les années à venir. Avec les difficultés pour obtenir une place en foyer de vie ou en Ephaad et la garantie d'un logement durable, cela peut entraîner une réticence des travailleur.euse.s à accepter en commission quelqu'un qui -dans quelques années- pourrait nécessiter un accompagnement trop lourd pour ce que la structure est capable

---

<sup>34</sup> Commission unique des maison-relais, journal de terrain, 23 janvier 2024.

<sup>35</sup> Hôte de maison relais, Journal de terrain, 22 avril 2024

d'offrir.

Les hôtes doivent donc faire face à une grande diversité de problématiques avec des équipes réduites (en moyenne 1,6 ETP pour 18 personnes dans les pensions de famille participant à l'enquête) et moins de moyens que la plupart des autres dispositifs de logement ou d'hébergement pour ces publics. Ainsi, sept professionnel.le.s sur douze déclarent également se sentir épuisées dans leur travail et sept professionnels sont *plutôt d'accord* (N=6) ou *tout à fait d'accord* (N=1) avec l'affirmation « On attend que je réalise une quantité de travail excessive ». De cet épuisement partagé et du constat d'une évolution des situations depuis une dizaine d'année, découle la demande d'accueillir un.e stagiaire afin d'identifier et de mettre en avant les besoins en santé. L'objectif à moyen terme étant d'obtenir des financements pour embaucher un.e professionnel.le de santé.

*« En plus avec un public avec des troubles psychiatriques... On en avait parlé là par rapport à Monsieur X, on est sûr de la psychose mais ancrée dans le réel. Donc c'est des choses qu'on ne voit pas forcément en tant que travailleurs sociaux parce qu'on n'est pas des médicales. Et t'es embarquée aussi là-dedans, t'es embarquée dans son délire. T'as des alertes, on en parle en analyse la pratique qui est tous les trois mois, en analyse clinique qui est tous les mois. On en parle de ces alertes là mais en fait les choses glissent, glissent, glissent et puis arrive un incident. [...]. Et je pense que si on avait [du soin dans la structure] on aurait aussi beaucoup moins d'incidents, beaucoup moins de sentiments d'insécurité et on aurait un regard un peu plus fin aussi. » - Madame M, hôte de pension de famille*

La crise sanitaire de 2020 a également contribué à une importante dégradation des conditions d'accès aux soins psychiatriques. Selon une enquête réalisée par la Fédération hospitalière de France, environ 90% des établissements interrogés considèrent que les délais d'accès à une prise en charge en psychiatrie (en hospitalisation comme en ambulatoire) ont beaucoup augmenté depuis la crise sanitaire. Entre 25 et 75% de postes de médecins seraient vacants dans 40% des établissements<sup>36</sup>. Au centre hospitalier Guillaume Regnier de Rennes, le nombre de lits disponibles pour l'hospitalisation ne cesse de réduire suite au départ de médecins psychiatres. Les unités mobiles qui se multiplient par manque de moyen sur place ne remplacent cependant pas les lits d'hospitalisation qui permettent une présence de nuit ou le weekend. En maison-relais, un certain nombre de résident.e.s font des séjours réguliers (une ou plusieurs fois par an) à l'hôpital lorsque leur pathologie

---

<sup>36</sup> <https://www.santementale.fr/2023/09/un-quart-des-etablissements-de-psychiatrie-ont-ferme-de-10-a-30-de-leur-capacite/>

devient trop envahissante avant de retourner dans leur logement. Cependant cela devient de plus en plus difficile de trouver une place et les délais d'attente sont parfois très long lorsqu'une personne en grande souffrance est demandeuse de soins. Cette difficulté conduit parfois à des situations dramatiques qui impactent fortement les hôtes tout comme les résident.e.s et conduit à une banalisation de situations de grande violence. Ainsi, dans une des résidences, une hôte a dû arrêter une tentative de meurtre d'un visiteur par un résident en grande détresse psychique.

Dans une autre maison relais, une résidente s'est défenestrée hors des temps de présence des professionnel.le.s, quelques jours après un retour d'hospitalisation. Encore une fois, le fait que ces personnes résident déjà dans un logement adapté avec une présence de travailleur.euse.s sociales ne joue pas nécessairement en leur faveur lorsqu'il s'agit de trouver une place en hospitalisation ou de la conserver. Elles ne semblent pas toujours prioritaires ou sont perçues comme ayant déjà un accompagnement. Engager un.e professionnel.le du soin directement au sein de la pension de famille est donc un moyen de pallier ce qui est nommé comme un « déficit du service public » par un des responsables de service des maison-relais.

*« Dans un monde idéal les résidents auraient un vrai suivi CMP avec un rendez-vous psycho par semaine et le psychiatre tous les mois... Et que le CDAS aide à faire toutes les démarches, pour que ça ne retombe pas sur les travailleurs sociaux des maisons relais. [...] Pour travailler dans le social en général, on est obligé d'accepter toutes ces défaillances, sinon je pense qu'on ne tient pas. » - Monsieur P, responsable de service de maison-relais, journal de terrain, 23 janvier 2024.*

Néanmoins, si se tourner vers la santé peut sembler une évidence pour ces professionnel.le.s, la question du manque de moyens pourrait peut-être se poser autrement que par la médicalisation de ces difficultés. La construction d'un problème autour de cette thématique découle sans nul doute de réelles complications de santé et de leurs répercussions sur une population fragilisée, ainsi que d'une crise de professionnel.le.s dans le secteur psychiatrique local. Cependant, répondre à ces difficultés en embauchant une infirmière psychiatrique au sein du dispositif est un choix qui n'est pas anodin puisqu'il réintroduit le médical dans un dispositif supposé ne faire que du logement. Cela pose un risque d'omniprésence et pourrait nuire au principe même de maison relais qui est de proposer un logement presque ordinaire avec un accompagnement mineur.

Cette décision de se tourner vers le volet médical, est sans doute impactée par des questions budgétaires, puisque le financement d'un poste en santé peut faire l'objet d'aides

de l'état (ARS) qui sont parfois plus simple à obtenir et à justifier dans le secteur médical que dans le secteur du social. Pour des dispositifs associatifs qui possèdent un budget d'accompagnement relativement faible, justifier d'un besoin de soin peut également sembler la solution la plus pragmatique et la plus facile à mettre en place afin obtenir une réponse aux difficultés, réelles, rencontrées par les professionnel.le.s et les résident.e.s. Mais ce fléchage de moyens sur les questions sanitaires occulte alors parfois d'autres débats.

## **2. Un risque de surmédicalisation / psychiatrisation des problèmes sociaux**

Dans le cadre de cette étude, beaucoup de comportements de résident.e.s qui apparaissent problématiques sont décrits comme résultants de la pathologie et donc à traiter sous cet angle. Pour prendre un exemple concret, plusieurs.e.s professionnel.les mentionnent le refus de se rendre aux rendez-vous médicaux de nombreux.ses résident.e.s comme venant de la pathologie psychiatrique, parfois non diagnostiquée du ou de la patient.e. Ce qui soutient d'ailleurs l'idée de faire venir le soin directement au sein du dispositif.

Le questionnaire passé auprès des résident.e.s (42 répondant.e.s) montre une corrélation entre mauvaise santé déclarée et faible nombre de consultation médicale au cours de l'année précédente. Sur 24 personnes déclarant un état de santé *moyen* ou *mauvais*, 12 ont été voir un médecin généraliste moins de 3 fois dans l'année précédente, dont 6 n'y ont pas été du tout (1 personne n'a pas répondu). A titre indicatif chez les personnes déclarant un état de santé bon ou très bon, 10 sur 17 y déclarent y avoir été plus de 3 fois et un seul n'y a pas été du tout. Pourtant le taux de couverture santé complète est proche de 100% dans les données statistiques, les difficultés financières dans l'accès au soin ne peuvent donc pas être un facteur explicatif de cette frilosité à consulter. Pour illustrer ces résultats, une travailleuse sociale mentionne le long travail de plusieurs mois effectué avec une résidente hyper douloureuse et en très mauvaise santé générale afin de tenter de la convaincre d'accepter un traitement, malheureusement sans succès. Ces difficultés peuvent conduire à plus ou moins long terme à des conséquences dramatiques comme le décès de la personne dans son logement auquel 4 professionnel.le.s répondant.e.s sur 12 disent avoir déjà fait face.

*« A notre niveau, en tout cas, on essaie de mettre du lien, de faciliter, mais à un moment donné, quand on voit des personnes souffrir, clairement... Tu pars à 17h, tu sais que le lendemain, tu n'es pas sûr de voir la personne vivante, tu ne sais pas s'il est dans un état de santé... un bon état, et donc, ça fait aussi partie de notre métier. »* - Monsieur P, travailleur en maison-relais.

La volonté des professionnel.le de vouloir trouver une réponse dans le médical est



compréhensible étant donné la difficulté des situations auxquelles ils doivent faire face. Néanmoins, il peut exister d'autres raisons que la pathologie qui expliquent la réticence des personnes précarisées à consulter un médecin, plus encore pour celles ayant vécu longtemps en marge de la société.

Dès 1971, Boltanski<sup>37</sup> met en avant le rapport plutôt instrumental au corps chez les ouvriers tandis que les cadres et professions intermédiaires tendent à plus en prendre soin. Selon lui, il existe des différences d'aptitude à identifier, exprimer mais aussi verbaliser les messages corporels entre classes populaires et classes supérieures. Les ouvriers recourent plutôt aux soins curatifs lorsque la maladie est déjà développée tandis que les cadres s'inscrivent plus dans une approche préventive. De plus, il existe une importante asymétrie dans la relation médecin-malade chez les personnes de classes populaires. Cette distance sociale et culturelle entre patients et professionnels de santé impacte la qualité de la communication et de l'information reçue, augmente certains préjugés sur les malades et peut expliquer une crainte de s'y rendre pour les patients de classes populaires. La médecin et docteur en anthropologie Caroline Desprès cite deux grandes causes de renoncement aux soins qui touchent particulièrement ces publics précaires<sup>38</sup>. D'une part le renoncement-barrière lié aux contraintes d'accès aux soins. Celles-ci incluent les contraintes financières, la complexité du système de soins français, la méconnaissance des droits sociaux par les malades, le non-respect de ces droits par les professionnels de santé, les problèmes d'accès aux centres de soins ou de prévention... Pour prendre un exemple concret issu du journal de terrain, plusieurs résident.e.s indiquaient de très grandes difficultés et de grandes douleurs pour se déplacer, même sur de très courtes distances. Une professionnelle raconte qu'une résidente qui n'a pas osé demander qu'on la conduise, a une fois mis plus de trois heures pour se rendre à son rendez-vous normalement accessible en vingt minutes à pied. Mais il existe également un renoncement-refus qui renvoie à une volonté d'autonomie vis-à-vis de la médecine. Il s'agit par exemple du refus de se soigner en raison d'une pathologie trop développée -ce qui a pu être observée au cours de cette enquête chez quelques résident.e.s- ou même d'une défiance vis-à-vis du système de santé.

Plus encore, à pathologie équivalente, plusieurs études ont montré dès les années

---

<sup>37</sup> Boltanski L. Les usages sociaux du corps. *Annales Histoire, Sciences Sociales*. 1971;26(1):205-233. doi:10.3406/ahess.1971.422470

<sup>38</sup> Desprès Caroline, « Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique », *Sciences sociales et santé*, 2013/2 (Vol. 31), p. 71-96. DOI : 10.1684/sss.2013.0205. URL : <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2013-2-page-71.htm>

1950<sup>39</sup> que lors de consultations concernant la santé mentale les catégories socioprofessionnelles inférieures ont tendance à être plus facilement orientées vers un traitement organique et médicamenteux que les catégories socio-professionnelles supérieures présentant les mêmes types de symptômes. Certains traitements médicamenteux sont plus souvent prescrits aux inactifs et personnes au foyer et moins souvent aux cadres. De plus, en France en 1998, Lang et al<sup>40</sup> font état d'un meilleur suivi en ambulatoire pour les CSP supérieures.

Enfin, le capital social, entendu ici comme l'ensemble des relations sociales et des réseaux sociaux relatif à une personne, joue également un rôle dans les comportements relatifs à la santé. Il favorise la diffusion plus rapide de l'information sur la santé et encourage certaines normes en appliquant un plus grand contrôle social relatif à ces thématiques. Un capital social plus important favorise également l'accès aux services et modifie les processus psychosociaux qui assurent soutien affectif, estime de soi, respect mutuel<sup>41</sup>. Un meilleur réseau et soutien social va également avoir un impact plus positif sur la santé. Ainsi les locataires concerné.e.s par cette recherche : majoritairement sans activité, pour beaucoup précédemment à la rue, sorties de prison ou en situation de rupture familiale... disposent d'un moindre capital social et d'un désavantage naturel dans le domaine de la santé et notamment de la santé mentale<sup>42</sup>. Leur refus d'accès au soin n'est donc pas nécessairement lié à une quelconque pathologie. Quelle qu'en soit la cause cependant, le refus de soin de certain.e.s résident.e.s peut être dur à vivre pour les professionnel.le.s. Cela explique leur volonté de trouver des solutions efficaces -qu'elles soient médicales ou non- pour éviter que ne se reproduisent des situations parfois très difficiles.

*« On ne peut pas obliger les gens à se faire soigner mais on avait un résident en très mauvaise santé, tous les matins on devait aller voir s'il était vivant. Psychologiquement c'est dur. Parfois il était tombé sur le sol sans pouvoir se relever, parfois il s'était fait dessus... [...] Un jour on l'a appelé et on a demandé une ouverture de porte, il était*

---

<sup>39</sup> Hollingshead AB, Redlich FC. Social class and mental illness: a community study. 1958. Am J Public Health. 2007 Oct;97(10):1756-7. doi: 10.2105/ajph.97.10.1756. PMID: 17895405; PMCID: PMC1994199.

<sup>40</sup> Lang et al, « Is hospital care involved in inequalities in coronary heart disease mortality? Results from the French WHO-MONICA Project in men aged 30-64 », November 1998, Journal of Epidemiology and Community Health

<sup>41</sup> Kawachi, I., & Berkman, L. (2000). Social cohesion, social capital, and health. *Social epidemiology*, 174(7), 290-319.

<sup>42</sup> Kawachi, I., Berkman, L.F. Social ties and mental health. *J Urban Health* 78, 458–467 (2001). <https://doi.org/10.1093/jurban/78.3.458>

*décédé depuis plusieurs jours dans son logement.* » - Hôte de maison relais, journal de terrain, 26 février 2024.

Les résultats des différents questionnaires et les entretiens des résident.e.s font montre de parcours de vie souvent complexes, très précaires et des personnes isolées et qui sont le plus souvent issues de familles modestes. Ces observations peuvent donc questionner l'évidence d'une vision purement médicale des difficultés rencontrées par ces personnes. Ces troubles psychiques et ces addictions qui semblent souvent découler des expériences de vie sont-ils toujours à considérer sous l'angle du soin ou du moins comme correspondant à une réalité individuelle ? A quoi d'autre l'évolution des publics, dont font mention les professionnel.le.s peut-elle être due ?

Une hypothèse intéressante soulevée par le terrain a été celle d'une augmentation globale des situations de précarité au sein de la métropole rennaise. Ces difficultés poussent alors des personnes, qui autrefois ne se trouvaient pas dans ce type de structures, à y entrer. Monsieur T, travaillant au SIAO35 fait ainsi le constat d'un décalage dans le profil des personnes qui se retrouvent en grande difficulté de logement.

*« Aujourd'hui madame tout le monde divorce et appelle le CHRS car elle est incapable de se reloger car le loyer est trop cher, la nourriture est trop chère... »* - Monsieur T, responsable de service au SIAO35.

Ainsi ce décalage pourrait se traduire par ce que monsieur T appelle une « *précarisation de la précarité* » à toutes les échelles. Avec des personnes qui se retrouvent plus facilement à la rue suite à un accident de parcours, une augmentation du nombre de personnes accueillies en hébergement d'urgence et hors urgence et finalement une saturation de nombreux dispositifs qui bénéficiaient auparavant à ces publics. Si quelque fois la pathologie précède un parcours de vie marqué de rupture, de passage à la rue et d'hospitalisation, c'est aussi bien souvent l'inverse. Ainsi sur les dix entretiens réalisés auprès de locataires, six font mention d'une enfance difficile et/ou d'un accident de vie qui a entraîné une rupture violente dans leur parcours et a lancé un processus de précarisation. La rue, la prison, la consommation de drogues s'entre-influencent et peuvent être génératrices de difficultés psychiques. Néanmoins les causes de ces troubles n'ont pas tant une origine médicale individuelle que sociale ou même sociétale. Leur apporter une réponse par le soin est peut-être nécessaire, mais en faire la seule réponse envisageable, peut alors ressembler à une forme de médicalisation ou de psychiatrisation des problèmes sociaux.

Le Psychologue et psychothérapeute Paul Jacques constate et écrit déjà en 2004

que « *Les travailleurs sociaux, mais aussi, l'école, le médecin généraliste, les éducateurs, voire la police, interpellent de plus en plus les professionnels de la santé mentale pour intervenir dans des situations dans lesquelles la souffrance est diffuse, n'est pas identifiée comme telle par le « patient » qui n'a pas de « demande »* ». <sup>43</sup> Pour lui cette médicalisation est un moyen de responsabiliser l'individu pour son mal être au lieu de mettre en avant un problème sociétal lié à une perte de cohésion sociale, des raisons socio-économiques et socioculturelles. Il ne s'agit pas seulement de traiter les symptômes mais bien la cause du malaise qu'il identifie comme la perte du lien social. La « marchandisation du secteur social » a pour conséquence de dépolitiser les politiques sociales au profit d'une responsabilisation individuelle. De son côté, Fassin parle d'un « traitement compassionnel de la question sociale » <sup>44</sup> en référence à la multiplication des dispositifs d'écoute psychologique dans les lieux traditionnellement liés au travail social en France. Il affirme que cette écoute de la souffrance, pourtant causée par les inégalités sociales, permet à l'action publique de détourner l'attention de la justice sociale.

Pour aller plus loin dans cette réflexion, on peut mentionner le concept d'anomie chez Durkheim <sup>45</sup> ou Merton qui est sous-jacente dans cette réflexion. Une définition de l'anomie est une absence de loi régulatrice, en particulier dans la sphère économique, qui empêche de créer une solidarité entre les individus. L'appellation Durkheimienne de suicide anémique peut nous aider à comprendre ces troubles psychiques des résident.e.s (menant parfois jusqu'au suicide) qui naissent d'importants bouleversements dans la vie domestique d'une personne (perte d'un être cher, divorce...) ou bien qui apparaissent plus largement à l'échelle de la société. Chez Durkheim, l'anomie au sein d'une population est la conséquence de l'absence de règles sociales communément acceptées, souvent découlant d'une politique antisociale qui favorise l'individualisme ou la prédation. Chez Merton <sup>46</sup>, elle renvoie plutôt à une « *situation où l'individu est dans l'impossibilité, du fait de sa position dans la structure sociale, d'atteindre un objectif défini et même prescrit par la culture de la société dans laquelle il vit* » <sup>47</sup>. Concrètement, une insuffisance de moyens institutionnels mis en place pour atteindre des objectifs culturels pourtant attendus des membres d'une société.

Si elle est très difficile à mesurer, des signes d'anomie au sein d'un groupe ou d'une

---

<sup>43</sup> JACQUES Paul, « Souffrance psychique et souffrance sociale », *Pensée plurielle*, 2004/2 (no 8), p. 21-29. DOI : 10.3917/pp.008.0021

<sup>44</sup> FASSIN Didier, *Des maux indicibles : sociologie des lieux d'écoute*, La Découverte, Coll. Alternatives sociales, Paris, 2004.

<sup>45</sup> DURKHEIM Émile, *De la division du travail social*. Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2013, ISBN : 9782130619574. DOI : 10.3917/puf.durk.2013.01.

<sup>46</sup> Merton, R. K. (1968). *Social Theory and Social Structure*. Simon and Schuster.

<sup>47</sup> Dictionnaire de sociologie, Le Robert/Seuil, 1999

société peuvent être l'augmentation du nombre des suicides, de la consommation de drogues, du nombre d'actes délinquants... traduisant un mal-être au sein d'une population. Ainsi dans le cadre des maisons-relais, la précarisation psychique des résident.e.s pourrait n'être qu'une part de la conséquence de problèmes sociaux plus larges causés par une politique aliénante, incohérente avec les valeurs de la société. Cette recherche d'une solution psychiatrique par les professionnel.le.s du social, alors même qu'ils ont conscience des questions soulevées par l'introduction du médical dans un logement le social, pourrait ressembler à une tentative de gérer un problème dont ils ne peuvent que traiter les symptômes.

## **B/ Une approche budgétaire qui tend à médicaliser le social ?**

### **1. Une approche médicale qui restreint l'autonomie des personnes**

Comme nous l'avons vu, les pensions de famille et plus spécifiquement les maisons-relais disposent d'un budget limité comparé à d'autres dispositifs de logement adapté ou d'hébergement hors urgence. Ce coût réduit est justifié en théorie par un accompagnement limité de la part des professionnel.le.s et des difficultés réduite des résident.e.s. Dans les textes de loi, la pension de famille est censée répondre aux besoins que son nom laisse supposer, c'est à dire permettre à des personnes isolées et fragilisées, souvent avec des liens familiaux brisés ou inexistant, de reconstruire du lien social. Elle est décrite par les responsables de services comme « du logement ordinaire » ou la personne aurait tous les avantages de disposer de son propre studio en location, en plus d'une présence de professionnel.le.s et d'un coût très réduit du loyer. Une fois les aides aux logements reçues (dont un complément spécifique au logement social) et considérant que la grande majorité des résident.e.s perçoivent l'AAH, il leur reste en général moins d'une centaine d'euros à payer par mois. Ce logement presque ordinaire n'offre donc en théorie que des avantages et offre à des personnes isolées un moyen de resocialiser et d'apprendre ou de réapprendre à investir un logement dans un cadre sécurisé.

En pratique toutefois, loin d'être véritablement un logement ordinaire, la maison-relais offre un cadre bien défini avec des interdictions qui questionnent parfois les résident.e.s comme les professionnel.le.s. Si en CHRS par exemple, l'objectif assumé d'offrir un accompagnement renforcé à des personnes sorties de la rue et la temporalité de l'hébergement (1 an renouvelable) justifie des régulations assez strictes, celles-ci sont moins compréhensibles dans un logement durable supposer n'offrir qu'un accompagnement minimal. Ces règles sont pourtant expliquées par la fragilité des publics accueillis et les difficultés importantes qu'ils rencontrent.

Pour prendre quelques exemples concrets d'interdictions, dans la plupart des maisons relais et résidences accueil visitées pour ce travail, les animaux sont interdits à l'exception des chats qui peuvent être autorisés au cas par cas par les hôtes. La justification la plus souvent donnée par les professionnel.le.s est la crainte -en cas d'hospitalisation de la personne- que l'animal ne soit pas pris en charge. Néanmoins, dans le cas des chats, les résident.e.s doivent déjà être capable de donner le contact de quelqu'un qui s'engage à le prendre en charge s'il leur arrive quelque chose. Plusieurs résident.e.s étaient donc en mesure de justifier d'une personne ou d'un organisme susceptible de prendre en charge un chien ou un autre animal en cas de problème. Une autre justification alors souvent mentionnée lorsque l'on questionne cette première affirmation, est la crainte que les personnes, en raison de leur pathologie ou par manque d'autonomie ne soient pas en mesure de prendre en charge un animal requérant trop d'attention (comme un chien).

Les hôtes d'une maison relais prennent ainsi en exemple une locataire pour laquelle elles ont dû appeler la SPA car elle n'était pas en mesure de prendre soin de son animal. Néanmoins il s'agit là d'une justification assez problématique dans la mesure où elle infantilise et fait la présomption d'incompétence de locataires, qui résident dans un logement répondant normalement au droit ordinaire, sur le principe que d'autres ont échoué. Pourtant plusieurs d'entre eux ont déjà eu des animaux par le passé, un résident racontait qu'il avait attendu que sa chienne meure de vieillesse avoir de pouvoir faire une demande en maison-relais pour cette raison. Une autre a dû confier son animal à un membre de sa famille pendant des années à son arrivée sur place. Néanmoins si cette règle est admise en maison-relais et est considérée comme infranchissable par la plupart des résident.e.s qui s'y résignent, elle n'a pas réellement de fondement légal. En effet le droit du logement qui s'applique aussi en maison-relais permet au locataire de détenir un ou plusieurs animaux familiers dans son logement à condition de respecter la tranquillité du voisinage et de payer pour les dégâts anormaux éventuels<sup>48</sup>. Un fait dont les hôtes de pension de famille ne sont pas toujours au courant et, le cas échéant, qu'ils tentent de décourager le plus possible.

Une autre interdiction inscrite dans la plupart des contrats des maison-relais de la métropole rennaise est la restriction de visite pour les locataires. Pour inviter une personne à dormir dans leur logement, les résident.e.s doivent prévenir les hôtes, parfois fournir une pièce d'identité de la personne à venir et payer pour la nuit (tarifs allant de deux à une dizaine d'euros). Les professionnel.le.s ont à ce sujet des avis différents et mitigés. Plus encore que celle concernant les animaux, cette restriction est justifiée par des expériences

---

<sup>48</sup> Loi n°70-598 du 9 juillet 1970 sur les rapports des bailleurs et locataires : article 10

passées avec des résident.e.s qui se laissent envahir et squatter. Plusieurs hôtes de maison-relais racontent des expériences durant lesquelles ces personnes venues de l'extérieur sont devenues un danger pour le.a locataire, pour le collectif et parfois également pour les professionnel.le.s et les autres résident.e.s. Selon une hôte, si cela ne permet pas de se débarrasser complètement de ce type de problèmes, le fait de devoir présenter une pièce d'identité et de payer (même un prix minime) a souvent un effet dissuasif. Néanmoins d'autres questionnent la justice de cette régulation et son effectivité réelle sur les personnes.

*« On dit qu'on est dans du logement... on écrit « locataire lambda », un locataire lambda il invite qui il veut »* - Hôte de maison relais, Journal de terrain, 25 janvier 2024

En effet, les professionnel.le.s dont ce n'est pas la mission et quittant les lieux entre 17h et 18h30 ne vont pas contrôler toutes les entrées dans la résidence. L'une d'elle questionne l'intérêt d'une mesure qui fait payer les résident.e.s « honnêtes » qui invitent leur famille tandis que d'autres peuvent tout à fait inviter en cachette d'autres personnes après le départ des hôtes ou en week-end. Plusieurs s'offensent également qu'un parent -dont l'enfant ne fait pas partie des locataires- doive payer lorsqu'il souhaite l'accueillir à dormir. Certain.e.s hôtes prennent alors l'initiative de ne pas respecter le règlement à ce sujet.

*« On ne fait pas payer pour les enfants. Ça n'a pas de sens ! Et à côté de ça on est censé faire de l'accompagnement à la parentalité. »* - Mme S, hôte de maison-relais, journal de terrain 15 mai 2024.

Les professionnel.le.s se permettent donc de contourner certaines législations qui ne font pas sens ou de fermer les yeux lorsqu'un.e visiteur.e leur semble avoir un impact bénéfique sur le.a résident.e.

*« Si la personne lui fait du bien et qu'on lui interdit de venir, elle va déprimer. Donc on ne dit rien. »* Hôte de maison-relais, journal de terrain, 25 janvier 2024.

Néanmoins, si ces dérogations informelles émanent d'un souci de faire au mieux pour la personne, elles font cependant reposer le droit d'un.e locataire sur les sensibilités et décisions des hôtes quant à ce qui est bon pour elles et eux.

Enfin, un troisième exemple de restriction en maison-relais est la nécessité de prévenir les professionnel.le.s en cas de départ en voyage ou en weekend. Cette obligation varie grandement d'une maison-relais à l'autre. Dans certaines, il est interdit aux résident.e.s -sauf sur dérogation- de quitter leur logement plus de quelques semaines sans écrire un courrier aux responsables pour leur demander l'autorisation. Dans le cadre de cette enquête, une personne ayant de la famille à l'étranger et souhaitant aller les voir pendant au moins un

mois se plaignait de devoir justifier de son départ par écrit, alors même que ce type de démarche n'était pas évidente pour elle.

Il existe des différences dans le règlement et une marge d'application de ces règles qui dépend des établissements et des professionnel.le.s. Cependant, sur le motif compréhensible de protéger locataires et hôtes, d'éviter des accidents ou des erreurs -qui se sont d'ailleurs souvent déjà produites- mais aussi pour éviter d'ajouter plus de complexité à un accompagnement qui manque déjà de moyens, les professionnel.le.s sont contraint.e.s d'appliquer des règles qu'ils même questionnent. Celles-ci peuvent nuire aux droits des résident.e.s et à la politique même d'offrir en maisons-relais un logement presque ordinaire avec les mêmes droits que d'autres locataires. En effet, si des restrictions peuvent se justifier dans certains cas, les difficultés rencontrées par quelques locataires (pour entretenir un animal, pour accueillir des gens sans se laisser envahir...) sont loin d'être partagées par tou.te.s. De même, dans un logement qui se veut durable avec des locataires qui peuvent résider là jusqu'à la fin de leur vie s'ils le souhaitent, les personnes qui n'en sont pas capable à un instant T pourraient tout à fait le devenir dans le futur.

Dans leur ouvrage, *Handicap, pour une révolution participative*<sup>49</sup>, Loïc Adrien et Coralie Sarrazin abordent ainsi la question de cette logique de protection (par la famille) et de prise en charge (médicale) qui prévaut souvent dans le milieu du handicap. Cette logique s'oppose parfois à l'autodétermination de la personne -comprise ici comme sa capacité à se connaître suffisamment pour identifier ses propres valeurs et préférences et à pouvoir les suivre. Pour les auteurs, l'institution n'admet pas la prise de risque. Il existe une présomption d'incompétence chez les personnes handicapées, et cet argument du risque donne ainsi lieu au rejet de l'autodétermination contre une logique plutôt gestionnaire. La volonté de remédicaliser le logement en appréhendant les problématiques des résident.e.s de maisons-relais sous l'angle de la maladie psychique, peut ainsi ressembler à une forme de ré-institutionnalisation qui réintroduit donc ces logiques institutionnelles.

Andrien et Sarrazin prônent alors la *dignité du risque* pour les personnes handicapées. Celles-ci devraient avoir le droit à une prise de risque raisonnable de la même manière que les personnes valides. L'autodétermination n'est innée pour personne, elle doit être apprise de l'expérience et de la confrontation au monde à travers des essais et notamment des erreurs et des échecs. Sans cela, la personne ne peut véritablement comprendre ses capacités (forces et faiblesses) permises par son environnement de vie et

---

<sup>49</sup> Andrien, Loïc, et Coralie Sarrazin. *Handicap, pour une révolution participative. La nécessaire transformation du secteur médico-social*. Érès, 2022



identifier ses possibilités d'action en conséquence. En pension de famille, avec les faibles moyens alloués et une équipe réduite de travailleur.euse.s, il n'est souvent pas envisageable pour les professionnel.le.s de prendre en compte la spécificité de chaque situation et de permettre cette prise de risques. De la même manière qu'il pourrait permettre d'obtenir plus de fonds, l'argument médical devient alors un moyen pour expliquer des limitations qui ne trouveraient pas de fondement auprès de résident.e.s valides.

Néanmoins cela ne signifie pas pour autant qu'il n'existe pas dans les maison-relais de réels besoins médicaux qui ne sont pas comblés. Les données statistiques montrent que dans la métropole rennaise, le taux de locataires de pensions de famille résidant auparavant en clinique ou en hôpital psychiatrique est plus important qu'à l'échelle nationale. Or la question de la psychiatrie pose problème partout en France avec la fermeture de nombreuses places. Si ces problématiques sont très actuelles, elles sont cependant loin d'être nouvelles. Dès les années qui ont suivi la seconde guerre mondiale et notamment après la publication du célèbre ouvrage *Asiles* de Goffman<sup>50</sup> la question de l'enfermement physique des malades a été remise en cause. Un large mouvement de désinstitutionnalisation a alors débuté et les asiles ont commencé à être décriés puis fermés. Néanmoins réduire le nombre de places en établissement ne suffit pas vraiment pour parler de désinstitutionnalisation, car alors l'enfermement laisse seulement place à de nouvelles formes de discriminations dans d'autres sphères de la vie. Plus encore, les besoins des personnes en situation de handicap risquent d'être ignorés sous prétexte de permettre l'autonomisation des personnes. Pour Adrien et Sarrazin, le niveau de vie ne dépend pas uniquement du niveau d'autonomie mais bien de la congruence entre celui-ci et l'accompagnement proposé. Si les personnes ont de grands besoins d'accompagnement et d'hospitalisation sur le volet psychique, le réduire sous prétexte de désinstitutionnaliser les malades n'est pas non plus une solution bienveillante.

Certains auteurs décrivent même les effets de la désinstitutionnalisation comme une trans-institutionnalisation. C'est à dire que les personnes qui ne sont plus prises en charge dans les établissements ne parviennent pas pour autant à s'intégrer dans la société, à trouver seules un emploi et un logement stable. Ces personnes se retrouvent en situation de handicap dans un environnement qui n'est pas devenu adapté ou acceptant pour autant malgré la fermeture des structures. Ainsi, elles sont statistiquement nombreuses à se déplacer vers d'autres institutions comme les refuges pour SDF ou même les prisons. Le

---

<sup>50</sup> L. « Goffman Erving — *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux.* », *Population*, vol. 25, no. 1, 1970, pp. 173-173.

Journal of American Medical Association publie un article en 2015<sup>51</sup> afin de défendre l'idée d'un « retour aux asiles ». Si la question doit faire l'objet de beaucoup de précaution, leurs arguments sont néanmoins parlants. En effet, depuis 1955 aux États-Unis, le nombre de lits en hôpital psychiatrique est passé de 560 000 à seulement 45 000 en 2015, ce qui complexifie énormément l'accès durable à des soins de qualité. Pour les auteurs, les patient.e.s sont déplacés des hôpitaux psychiatriques vers les hôpitaux généraux et reçoivent alors -à des coûts plus élevés- des soins épisodiques de moindre qualité en raison d'un suivi insuffisant. Plus encore, iels investissent alors des services d'urgences comme lieux de soins et d'hébergement. Aux États-Unis, les prisons sont devenues les plus importants lieux de soins des maladies mentales avec 15 % de tou.te.s les détenu.e.s qui présentent un trouble psychotique. Parallèlement, les détenu.e.s touché.e.s par au moins une maladie mentale sont réincarcéré.e.s entre deux et trois fois plus souvent que les autres.

Selon l'économiste américain Douglass North, l'institutionnalisation est définie comme la création des règles du jeu (« rules of the game »)<sup>52</sup>, qui structurent les interactions sociales, économiques et politiques en réduisant l'incertitude et en fournissant un cadre à la vie quotidienne. Ces institutions créées par les êtres humains d'une société, façonnent ensuite leurs comportements et leurs interactions en imposant des contraintes et des incitations. Il parle ainsi de contraintes formelles (les lois et règles) et informelles (les normes et conventions). Si les lois formelles peuvent se modifier brutalement, les contraintes informelles elles, prennent beaucoup plus de temps. Une dysharmonie trop grande entre normes formelles et informelles peut conduire à des dysfonctionnements et un rejet de ces normes.

Durkheim oppose la notion d'institution à la nature. Pour lui, les institutions se confondent souvent avec le social, régissant ainsi les comportements, les droits et les obligations des individus. Le processus d'institutionnalisation est dynamique, oscillant entre ce qui est instituant (établissement de normes) et ce qui est institué (normes établies et acceptées). On peut donc voir l'institutionnalisation et la désinstitutionnalisation comme des phénomènes en perpétuelle évolution.

Pour les personnes en situation de handicap, la désinstitutionnalisation doit donc viser à les reconnaître comme des sujets de droit, autodéterminés. Il ne s'agit pas

---

<sup>51</sup> Sisti DA, Segal AG, Emanuel EJ. Improving long-term psychiatric care: bring back the asylum. JAMA. 2015 Jan 20;313(3):243-4. doi: 10.1001/jama.2014.16088. PMID: 25602990.

<sup>52</sup> North DC. *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge University Press; 1990. Chapitre 1, p.3-10.

simplement de fermer des établissements spécialisés pour les remplacer par d'autres qui proposent un accompagnement moins important (et surtout moins couteux à court terme) ou moins adapté. Mais de transformer ces structures en prenant en compte la parole et les besoins des personnes concernées. Cette approche permet de remettre en question les normes et les rôles des organisations existantes, favorisant ainsi l'autonomie et la participation active des personnes handicapées dans la société. Ainsi, la désinstitutionnalisation devient un outil pour créer des structures plus inclusives et équitables, dans lesquelles les droits et la dignité des individus sont pleinement respectés.

Dans la cadre des maison-relais, deux solutions semblent apparaître. Ou bien modifier le public accueilli pour correspondre mieux aux moyens alloués et aux textes juridiques, conduisant alors à refuser et parfois à laisser sans solutions les publics les plus touchés par le handicap ou par une accumulation de problématiques. Ou bien faire évoluer l'accompagnement et les moyens qui lui sont alloués afin de mieux répondre aux besoins des résident.e.s, sans toutefois tomber dans l'écueil d'une vision médicale et individuelle des difficultés rencontrées.

## **2. Entre aide nécessaire et ingérence : « la faille de l'autonomie »<sup>53</sup>**

Les hôtes se plaignent d'une grande quantité de travail et d'un manque de temps ou de personnel pour accomplir toutes ces tâches. Cela les contraint à faire des choix sur ce qu'ils vont privilégier dans l'accompagnement, que ce soit l'administratif, les activités, le soutien individuel ou collectif aux résident.e.s.

*« On manque de temps. On doit prioriser tout le temps et ça c'est un petit peu fatigant à la longue de devoir prioriser. » - Mme N, hôte de maison-relais.*

Lors d'un départ en vacances hors période estivale, d'un arrêt maladie ou de tout autre évènement qui empêche un.e professionnel.le de travailler, il est rare que l'hôte soit remplacé. Lorsque c'est le cas, il peut être déstabilisant pour certain.e.s locataires de voir changer souvent les hôtes de maison relais auxquels ils s'attachent. Lorsque le.a professionnel.le n'est pas remplacé.e, le dispositif semble fonctionner au ralenti avec des activités réduites, une priorisation de l'essentiel au détriment d'autres tâches et des hôtes surmené.e.s, pour qui être seul.e.s sur le service détériore grandement leurs conditions de travail.

**Hôte :** *« Quand on est seule, car c'est pas possible de prendre du recul, de*

---

<sup>53</sup> Citation issue du journal de terrain, 22 avril 2024

*redescendre. Il faut qu'on dise frontalement qu'on ne veut plus travailler seules »*

**Psychologue** : « *Comment tu peux penser quand tu es seule ? On ne peut pas, on a besoin des autres, de l'échange dans nos métiers.* » - Réunion d'analyse clinique, Journal de terrain, 28 mars 2024.

Dans une des pensions de famille, suite au départ d'une professionnel.le, une travailleuse sociale s'est retrouvée seule pendant plusieurs mois ce qui a beaucoup nuit à sa propre santé ainsi qu'aux activités proposées et à la vie du collectif alors que cela reste un des principaux objectifs de la pension de famille. Cela peut être un facteur d'inquiétude ou d'instabilité pour les résident.e.s qui ne manquent pas de le mentionner.

**« Est-ce que vous avez des idées de ce qui pourrait être amélioré dans l'accompagnement ?**

*Ben ouais, après c'est... C'est vrai que quand il y a eu des problèmes de personnel un petit peu, et [Mme V] s'est retrouvée un peu toute seule, [Mme X] n'est pas arrivée tout de suite, les activités qui avaient été mises en place un peu régulièrement, comme aller faire du jardinage, aller chercher des légumes, ou aller en forêt, ou faire un restaurant et tout ça, c'est des choses que j'ai déjà pu faire avec elle, mais qui du coup ne sont pas entrées dans un cycle régulier.* » - Monsieur C, résidant de pension de famille.

De manière plus générale et même lorsque les postes sont occupés, les hôtes disposent d'une marge de manœuvre réduite pour répondre aux difficultés rencontrées. Celle-ci dépend à la fois d'eux et de la politique du dispositif dans lequel iels travaillent.

Il n'est pas toujours évident pour les professionnel.le.s d'atteindre ce précaire équilibre entre des personnes livrées à elles même ou bien sur-encadrées dans toutes les sphères de leur vie, ce qui peut conduire à une forme de toute puissance des professionnel.le.s. Dans ce dernier cas, l'hôte devient alors la première personne de référence à contacter pour la plupart des sujets, iel sert d'intermédiaire obligatoire pour toutes les démarches de la personne tout en étant le principal et parfois l'unique porteur des activités qui permette aux résident.e.s de socialiser. En effet dans le questionnaire réalisé pour cette étude, 59,5% des locataires déclarent ne jamais participer à des activités de loisir qui ne sont pas organisées par la pension de famille, alors même que seulement 11,5% sont en activité. Le travail confère pourtant une identité sociale et l'opportunité d'une reconnaissance sociale. C'est un moyen d'autonomisation voire d'émancipation dont seules 20% des personnes en situation de handicap psychique bénéficient (10% ont un emploi en

milieu ordinaire, 10% en milieu protégé)<sup>54</sup>. Les résident.e.s sont donc très dépendant du dispositif pour créer et maintenir des liens sociaux qu'ils n'ont souvent pas d'autre opportunité de construire.

Il existe donc deux positions opposées quant à la place que doivent prendre les hôtes dans l'accompagnement. Certain.e.s sont tentés d'internaliser une partie du travail social dans leur pratique professionnelle pour aider les résident.e.s en difficultés quand d'autres luttent contre cette tendance en tentant de mobiliser activement les services locaux et les partenaires, en les rappelant à leurs missions, quitte prendre un temps considérable pour le faire. Leur objectif est ainsi de rester dans le cadre du droit commun et d'éviter de faire de la maison relais un petit monde fermé.

*« C'est que c'est difficile de devoir faire à la fois toute l'administration... Certains soit vont prioriser l'animation, mais l'accompagnement... C'est qu'en fait on est très clair avec ça, avec nous dès le départ C'est qu'il n'y a pas d'accompagnement social lourd. Sauf que dans la réalité c'est qu'on est obligé de faire ça parce que les partenaires ne sont pas très aidants des fois et tout le monde se refile la patate chaude. Ou sinon il y a d'autres structures qui ne veulent pas accompagner les résidents parce qu'on est là, on est travailleuses sociales et on peut faire ça, alors que du coup normalement on n'est pas missionnés pour. Et c'est quand même dingue que ça représente 80% de mon travail alors que je ne suis même pas censée être missionnée pour ça. Mais en même temps on n'a pas vraiment le choix parce que c'est les résidents qui se retrouvent embêtés. c'est la fatalité. Par exemple on prend un dossier MDPH, c'est à dire à renouveler tous les ans. Le dossier MDPH c'est ce qui leur permet d'avoir des ressources. Et donc s'il n'y a pas de dossier MDPH, il n'y a pas de ressources donc ça peut tout gâcher. » » - Mme N, hôte de maison-relais.*

*« Nous, on fait de l'accompagnement social, mais on ne fait pas du global, c'est-à-dire qu'on ne fait pas normalement toutes les démarches administratives. Il faut que les personnes aient leur référent extérieur. Et du coup, des fois, on est obligés d'être en lien avec le référent extérieur, pour certains, leur rappeler leur mission, qu'on n'est pas... C'est pas de l'accompagnement global et qu'on a besoin d'eux pour faire des démarches. Parce que nous, on n'a pas le temps, en fait, de le faire avec les résidents. Donc, on est beaucoup en lien pour ça, avec les curateurs aussi, des fois, pour certaines situations. » » - Mme S, hôte de maison-relais*

---

<sup>54</sup> BOUCHERAT-HUE Valérie, LEGUAY Denis, PACHOUD Bernard *et al.*, *Handicap psychique : questions vives*. Érès, « Connaissances de la diversité », 2016, ISBN : 9782749251530, page 279.

Cette dichotomie se retrouve à l'échelle nationale puisque l'enquête sur les pensions de famille réalisée par la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal) et publiée en 2015<sup>55</sup> fait état d'une dualité de posture similaire entre accompagnement global et recherche de partenaires. Néanmoins, prendre le temps d'échanger avec les partenaires sur ce qui peut ou non être réalisé est parfois très chronophage.

*« Le CDAS, parce qu'ils sont surchargés de situations, il y a des choses qu'ils font et qu'ils ne font pas au nom de « ne pas faire à la place de la personne » et on perd énormément de temps à savoir ce qui va être pris en charge par le CDAS ou non dans les démarches et à préparer le rendez-vous avec le résident alors qu'on pourrait le faire. Mais ce serait de l'accompagnement. On peut devenir toutes puissantes sur les situations. »* - Hôte de maison-relais, Journal de terrain, 22 avril 2024.

Ainsi, un accompagnement trop englobant et l'internalisation de beaucoup de prises en charge pose problème. A la fois, comme nous l'avons déjà mentionné, puisqu'on sort ainsi du cadre du droit commun, faisant de la maison-relais un lieu capable de prendre en charge la plupart des besoins de la personne. Elle s'éloigne donc du logement ordinaire vers une logique plus institutionnelle ou les hôtes peuvent devenir *« toutes puissantes »*. Mais également puisque cela demanderait une réévaluation et une augmentation du nombre d'équivalent temps plein et peut-être même une diversification dans la formation des hôtes d'accueil, requérant ainsi de plus importants moyens de fonctionnement. Cependant, comme le dit mme S, le lien avec les partenaires ou les autres acteurs qui peuvent intervenir dans le parcours d'un.e résident.e de pension de famille n'est pas toujours facile à entretenir. Parfois aussi, c'est le.a locataire qui n'est pas à l'aise avec l'idée de rencontrer d'autres professionnel.le.s à l'extérieur ou bien qui éprouve des difficultés à se déplacer et n'ose pas toujours en faire part aux hôtes. Certain.e.s travailleur.euse.s de maison-relais questionnent alors le sens d'une politique qui responsabilise les individus sans toujours apporter de réponses à leurs difficultés.

*« J'ai l'impression qu'on est un peu dans la faille de l'autonomie. Les gens sont responsables de leur situation mais ils sont seulement responsables. Quand il faut les aider "ah non il faut pas faire à la place" »* - Hôte de maison-relais, Journal de terrain, 22 avril 2024.

Pour cette professionnelle, il y a une limite à ne pas vouloir trop intervenir dans la vie

---

<sup>55</sup> Hébergement & accès au logement : Les pensions de famille et résidences accueil : du modèle aux réalités d'aujourd'hui, Dihal, novembre 2015, page 136.

des personnes sur le motif de favoriser leur autonomie. Celles-ci risquent alors de ne plus bénéficier de l'accompagnement dont elles pourraient avoir besoin.

L'autonomie n'est pas synonyme d'indépendance et la responsabilisation ne doit pas signifier qu'il faut laisser la personne se débrouiller seule pour engager des procédures souvent longues et complexes (aides au logement, demandes MDPH...) ou bien pour faire la démarche de demander et justifier elle-même les accompagnements dont elle pourrait avoir besoin (CDAS, SAVS...). Ebersold<sup>56</sup> a dégagé un constat équivalent dans le cadre des politiques inclusives du handicap. Selon lui, présenter le handicap comme une expérience purement individuelle et contextuelle dans le cadre de ces politiques, peut invisibiliser les causes et conséquences sociales du handicap et rendre l'accès à l'aide dépendant de la capacité de chacun à définir et défendre ses besoins. Elle efface également des facteurs connexes comme la grande précarité du public -avec notamment une importante surreprésentation de troubles psychiques parmi la population sans abris<sup>57</sup>- qui peut entraver la participation individuelle de manière tout aussi importante que les besoins liés aux troubles eux-mêmes.

*« Aux injustices inhérentes à une société génératrice d'insécurité sociale, les politiques inclusives substituent les iniquités d'une société entravant la liberté d'action individuelle par manque d'accessibilité. »* - Ebersold, 2015, paragraphe 6.

---

<sup>56</sup> Ebersold, S. (2015). Inclusif. Vous avez dit inclusif ? L'exemple du handicap. *Vie sociale*, 11, 57-70.

<sup>57</sup> Hossain MM, Sultana A, Tasnim S, Fan Q, Ma P, McKyer ELJ, et al. (2020). Prevalence of mental disorders among people who are homeless: An umbrella review. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;66(6):528-41.

## Conclusion

Si le profil type du résident de maison relais reste celui d'un homme d'âge moyen, venu d'hébergement social hors urgence et en situation d'isolement familial et amical, cela est loin de couvrir la diversité et la complexité du parcours de ces personnes.

Ce travail fait d'abord le portrait d'un public très marqué par des difficultés en lien avec la santé mentale. Loin d'être résiduelles ou regroupées dans les résidences accueil, ces questions liées au soin sont au cœur des préoccupations des professionnel.le.s qui ne se sentent pas toujours suffisamment formé.e.s ou soutenu.e.s dans cet accompagnement. La précarité, avec des passages à la rue, la prison, de longues hospitalisations ou simplement les périodes d'instabilité prolongées marquent en effet le parcours de vie des résident.e.s. Ces difficultés sont la cause et parfois découlent de troubles psychiques, de fragilités de santé et de problématiques d'addictions autour desquelles se construisent et s'adaptent à la fois le collectif et le travail des hôtes de pension de famille. Pour les professionnel.le.s, cette complexité des parcours demande à la fois un investissement par le social et parfois par le médical voir par le médico-social qui leur semble trop peu mis en place. En dehors du logement, l'individu trouve rarement un étayage suffisant pour l'ensemble de ses difficultés et certain.e.s professionnel.le.s déplorent une sectorisation des services d'accompagnement importante et peu perméable. Les données permettent également d'observer un désengagement progressif des acteurs et actrices qui interviennent dans le parcours des résident.e.s, sur le motif que ces dernier.e.s sont désormais accueilli.e.s en structure. Néanmoins, c'est là oublier le rôle premier des pensions de famille qui est d'offrir un logement presque ordinaire, avec un accompagnement réduit autour des « capacités à habiter » et des activités collectives, et un budget bien moins conséquent qu'un foyer de vie ou un CHRS.

Il revient donc aux hôtes d'accueil de prendre sur elles et eux même les défauts d'un accompagnement extérieur insuffisant, malgré un manque de moyens et de temps alloué à leurs fonctions. Ce choix se fait au risque que la pension de famille -déjà très centrale pour beaucoup de locataires- prenne alors une place bien plus importante et englobante dans la vie de l'individu, s'éloignant du cadre législatif et des missions confiées aux maison-relais.

De plus, les problèmes de santé mentale et les réticences à consulter le milieu sanitaire -souvent rencontrées dans le public des pensions de famille- ne sont pas exclusivement liées à des causes individuelles et médicales. La précarité, l'isolement et les



difficultés sociales, peuvent être facteurs de troubles psychiques et d'une certaine défiance du milieu médical de la part de personnes très marginalisées. Plus encore, l'observation à l'origine de cette étude -d'une intensification des difficultés liées à la santé et à la santé mentale, pourrait découler en partie de l'augmentation plus globale de la précarité et d'une orientation politique dans laquelle les intérêts économiques ont pris le pas sur les considérations sociales.

La politique du "Logement d'abord" envisage le logement comme un soin en soi, reconnaissant par-là que l'instabilité est une cause majeure de mauvaise santé. Cette approche s'éloigne du modèle médical traditionnel en cherchant à désinstitutionnaliser les moyens de prises en charge des personnes sans-abri par un accès direct au logement, sans passer par des institutions telles que les CHRS (Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) ou d'autres résidences temporaires. Cependant, nos données montrent que la majorité des résidents des pensions de famille ne vient pas directement de la rue ou d'hébergement d'urgence mais est encore issus de ces institutions. L'importante proportion de locataires venus d'hôpitaux psychiatriques, illustre la réduction conséquente du nombre de lits ces dernières années. Cette désinstitutionnalisation, précipitée et mal planifiée qui consiste à fermer les établissements, ne résout cependant pas les problèmes de fond et n'encourage pas l'autodétermination et la participation des personnes en situation de handicap dans des conditions optimales.

Bien que les maisons relais de Rennes soient généralement « *situés plutôt en centre-ville ou en centre-bourg, à proximité de commerces, orientés sur la vie de quartier* »<sup>58</sup>, et malgré un important travail des hôtes pour développer des partenariats, les locataires entretiennent en réalité trop peu de liens avec leur environnement. Seul un très faible pourcentage des résident.e.s déclare participer à des activités extérieures qui ne sont pas organisées par la pension de famille -qu'il s'agisse d'un travail ou de loisirs- faisant des maison-relais et résidences accueil un lieu encore très fermé sur lui-même.

A défaut de désinstitutionnalisation et de participation effective, on observe au contraire une forme de "trans-institutionnalisation" vers des logements moins coûteux sans véritablement allouer les moyens nécessaires à un processus d'autodétermination réussie. Ces dispositifs finissent par devoir parfois se rapprocher du fonctionnement d'un établissement, de fait, en raison d'un défaut d'accompagnement des services publics de secteur et de la faiblesse des partenariats. Ils sollicitent alors d'autres professionnels

---

<sup>58</sup> Circulaire DGAS/SDA n° 2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais (pensions de famille).

-notamment du soin- pour intervenir au sein de la structure et appliquent des règles pas toujours parfaitement compréhensibles du point de vue du logement ordinaire.

Ainsi, les professionnels déplorent de devoir faire des choix contraints par le manque de temps, ne pouvant toujours accompagner les locataires de manière adéquate. Certain.e.s constatent une responsabilisation accrue des résident.e.s en situation de handicap, qui n'est pas vraiment synonyme d'autodétermination puisqu'elle ne s'accompagne pas toujours de l'aide nécessaire pour offrir ces moyens d'actions.

Pourtant, la pension de famille reste une initiative très pertinente, portée par des travailleur.euse.s investi.e.s, qui cherchent constamment à améliorer leurs pratiques avec les moyens dont iels disposent. Les résident.e.s se déclarent globalement satisfait.e.s et parfois très reconnaissant.e.s de l'accompagnement proposé. L'immense majorité d'entre elleux indique ne pas souhaiter quitter les lieux à court ou moyen terme.

Aujourd'hui, les pensions de famille ne cessent de se multiplier partout en France, y compris en Ille-et-Vilaine. Toutefois, lorsque les services de secteurs ne suffisent plus à répondre correctement aux besoins, que la population accueillie se précarise et que des centaines de personnes dans le département dépendent ou vont dépendre des maisons-relais et des résidences accueil pour vivre décemment, il serait judicieux de repenser les moyens alloués à ces dispositifs.

## Bibliographie

### Articles et ouvrages :

ABDEL SALAM, N. (2023). *Le Logement d'abord, une innovation institutionnelle ? : Une tentative de transformation des politiques sociales de l'habitat pour mettre fin au sans-abrisme* [These de doctorat, Université Côte d'Azur]. <https://theses.fr/2023COAZ2040>

ANDRIEN, Loïc, et SARAZIN Coralie. Handicap, pour une révolution participative. La nécessaire transformation du secteur médico-social. Érès, 2022

BARRES, M. (2010). La notion de handicap psychique au travers des lois et politiques publiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 168(10), 760-763. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.09.017>

BARREDA, A., Bonneville, L., & Radigales, A. (2015). Le « prendre soin » et le « savoir habiter » : Une expérience partagée au sein de maisons relais de la cité. *Empan*, 99(3), 140-145. <https://doi.org/10.3917/empa.099.0140>

BOBINEAU Olivier, N'GAHANE Pierre. « Annexe 1. L'anomie chez Durkheim et Merton », La voie de la radicalisation. Paris, Armand Colin, « Individu et Société », 2019, p. 171-175. URL : <https://www.cairn.info/la-voie-de-la-radicalisation--9782200625108-page-171.htm>

BOLTANSKI L. Les usages sociaux du corps. *Annales Histoire, Sciences Sociales*. 1971;26(1):205-233. doi:10.3406/ahess.1971.422470

BOUCHERAT-HUE Valérie, LEGUAY Denis, PACHOUD Bernard et al., Handicap psychique : questions vives. Érès, « Connaissances de la diversité », 2016, ISBN : 9782749251530. DOI : 10.3917/eres.bouch.2016.01. URL : <https://www.cairn.info/handicap-psychique-questions-vives--9782749251530.htm>

BRASLOW, J. T., & MESSAC, L. (2018). Medicalization and Demedicalization—A Gravely Disabled Homeless Man with Psychiatric Illness. *The New England Journal of Medicine*, 379(20), 1885-1888. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1811623>

CAMELOT, G., & TERRIER, G. (2018). L'habitat inclusif : Un progrès pour la santé mentale ? *Santé Publique*, 30(6), 829-832. <https://doi.org/10.3917/spub.187.0829>

CHAPUT-LE BARS, Corinne, et MORANGE Arnaud. « Le Housing-first. L'expérimentation à la française », *Le Sociographe*, vol. 48, no. 4, 2014, pp. 67-77.

D'ARCY C, SCHMITZ JA. Sex Differences in the Utilization of Health Services for Psychiatric Problems in Saskatchewan. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 1979;24(1):19-27. doi:10.1177/070674377902400106

DESPRES Caroline, « Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique », *Sciences sociales et santé*, 2013/2 (Vol. 31), p. 71-96. DOI : 10.1684/sss.2013.0205. URL : <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2013-2-page-71.htm>

DURKHEIM Émile, *De la division du travail social*. Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2013, ISBN : 9782130619574. DOI : 10.3917/puf.durk.2013.01.

EBERSOLD, S. (2015). Inclusif. Vous avez dit inclusif ? L'exemple du handicap. *Vie sociale*, 11, 57-70. <https://doi.org/10.3917/vsoc.153.0057>

FASSIN Didier, *Des maux indicibles : sociologie des lieux d'écoute*, La Découverte, Coll. Alternatives sociales, Paris, 2004.

FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir*, Saint-Amand, ed. Gallimard, tel Gallimard, 2009 (1975), pp. 360

GOFFMAN Erving. « Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux. », *Population*, vol. 25, no. 1, 1970.

HECKMANN, P. (2009). *La problématique de logement des personnes en souffrance psychique : Créer une résidence accueil en Dordogne*.

HENCKES, N., Azevedo, M., & Quintin, A. (2018a). *Loger et Soigner. Une sociologie d'un dispositif médico-social : Les appartements accompagnés en santé mentale* [Research Report]. CERMES3 ; Santé Mentale France ; Fondation de France. <https://hal.science/hal-01880479>

HOLLINGSHEAD AB, Redlich FC. Social class and mental illness: a community study. 1958. *Am J Public Health*. 2007 Oct;97(10):1756-7. doi: 10.2105/ajph.97.10.1756. PMID: 17895405; PMCID: PMC1994199.

HOSSAIN MM, SULTANA A, TASNIM S, FAN Q, MA P, MCKYER ELJ, et al. (2020). Prevalence of mental disorders among people who are homeless: An umbrella review. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;66(6):528-41. doi: 10.1177/0020764020924689. Epub 2020 May 28. PMID: 32460590.

JACQUES Paul, « Souffrance psychique et souffrance sociale », *Pensée plurielle*, 2004/2 (no 8), p. 21-29. DOI : 10.3917/pp.008.0021. URL : <https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2004-2-page-21.htm>

KAWACHI, I., & Berkman, L. (2000). Social cohesion, social capital, and health. *Social epidemiology*, 174(7), 290-319.

KAWACHI I., Berkman, L.F. Social ties and mental health. *J Urban Health* 78, 458–467 (2001). <https://doi.org/10.1093/jurban/78.3.458>

LANG et al, « Is hospital care involved in inequalities in coronary heart disease mortality? Results from the French WHO-MONICA Project in men aged 30-64 », November 1998, Journal of Epidemiology and Community Health 52(10):665-7152(10):665-71, DOI:10.1136/jech.52.10.665

MERTON, R. K. Social Theory and Social Structure. Simon and Schuster, 1968.

MOREAU, D., & LAVAL, C. (2015). Care et recovery : Jusqu'où ne pas décider pour autrui ? L'exemple du programme « Un chez-soi d'abord » . *Alter*, 9(3), 222-235. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2014.05.003>

NORTH Douglas. *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge University Press; 1990.

QUINTIN, A. (2019). Le « cas » des personnes souffrant de troubles psychiques à leur domicile : Réflexion sur le travail psychosocial. *Pratiques en santé mentale*, 65e année(4), 30-38. <https://doi.org/10.3917/psm.194.0030>

SHEPPARD, Elisabeth, BICHE André, et LAUNAT Dominique . « Logement et santé mentale. Le partenariat rennais », *Pratiques en santé mentale*, vol. 62, no. 1, 2016, pp. 76-78.

SISTI DA, SEGAL AG, EMANUEL EJ. Improving long-term psychiatric care: bring back the asylum. *JAMA*. 2015 Jan 20;313(3):243-4. doi: 10.1001/jama.2014.16088. PMID: 25602990.

TAZUKO Shibusawa, PADGETT Deborah , The experiences of “aging” among formerly homeless adults with chronic mental illness: A qualitative study, *Journal of Aging Studies*, Volume 23, Issue 3, 2009, Pages 188-196

VAIVA G., JEHEL L., COTTENCIN O., DUCORCQ F., DUCHET C., OMNES C., GENEST P., ROUILLON F., ROELANDT J-L., Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine, *L'Encéphale*, Volume 34, Issue 6, 2008, Pages 577-583.

#### Enquêtes et rapports :

Enquête auprès des établissements et services en faveur des adultes et familles en difficulté sociale - 2020-2021, DREES - Ministère de la Santé [producteur], ADISP [diffuseur]

Bénédicte MORDIER. L'allocation aux adultes handicapés attribuée dans les départements, des disparités liées au contexte sociodémographique des territoires. *Dossiers solidarité et santé* N° 49, Décembre 2013, DRESS.

« Quelle articulation, quelle convergence entre précarité et handicap en France et en Europe ? » EHESP Module interprofessionnel de santé publique – 2010

Le handicap en chiffres édition 2023, DRESS

Hébergement & accès au logement : Les pensions de famille et résidences accueil : du modèle aux réalités d'aujourd'hui, Dihal, novembre 2015.

28ème Rapport annuel sur le mal logement en France, Fondation Abbé Pierre, 2023.  
[https://www.fondation-abbe-pierre.fr/sites/default/files/2023-04/REML2023\\_WEB\\_DEF.pdf](https://www.fondation-abbe-pierre.fr/sites/default/files/2023-04/REML2023_WEB_DEF.pdf)

Sitographie :

Dictionnaire de sociologie, Le Robert/Seuil, 1999

License Creative Commons Attribution <https://ptgptb.fr/la-carte-x>

Un quart des établissements de psychiatrie ont fermé entre 11 et 30% de leur capacité, santementale.fr, 2023

<https://www.santementale.fr/2023/09/un-quart-des-etablissements-de-psychiatrie-ont-ferme-de-10-a-30-de-leur-capacite/>

Immobilier : la France souffre d'une grave pénurie de logements abordables – Le Monde, 2021

[https://www.lemonde.fr/idees/article/2021/09/10/immobilier-la-france-souffre-d-une-grave-penurie-de-logements-abordables\\_6094101\\_3232.html](https://www.lemonde.fr/idees/article/2021/09/10/immobilier-la-france-souffre-d-une-grave-penurie-de-logements-abordables_6094101_3232.html)

Lois et décrets :

Loi n°70-598 du 9 juillet 1970 sur les rapports des bailleurs et locataires : article 10

Loi n°2009-323 du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion

Article L633-1 du code de la construction et de l'habitation

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

*Article L311-6—Code de l'action sociale et des familles—Légifrance*

---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1 : Dictionnaire des codes – Questionnaire statistique résident.e.s**

**Annexe 2 : Dictionnaire des codes – Questionnaire aux résident.e.s (déclaratif)**

**Annexe 3 : Questionnaire déclaratif aux professionnel.le.s**

**Annexe 4 : Grille d'entretien avec les résident.e.s**

**Annexe 5 : Grille d'entretien avec les professionnel.le.s**

### ***Liste des figures***

Figure 1 - Distribution des services orienteurs vers la pension de famille (en %)

Figure 2 - Distribution femme/homme des motifs d'admission en maison relais (en %)

Figure 3 - Type d'activité professionnelle exercée par les résident.e.s de pension de famille (en %)

Figure 4 - Trouble psychique auto-déclaré des résident.e.s de pension de famille (en %)

Figure 5 - Etat de santé auto-déclaré des résident.e.s de pension de famille (en %)

Figure 6 - Type d'activité professionnelle exercée par les résident.e.s de pension de famille, comparaison local/national (en %)

Figure 7 - Taux de perception de l'Allocation Adulte Handicapé par les résident.e.s de pension de famille, comparaison local/national (en %)

# Annexe 1 - Dictionnaire des codes

## – Questionnaire statistique de résident.e.s

Nombre total de résidents : N=130

---

**SEXE** : Sexe

N=130

Sexe	Nombre	Pourcentage
Hommes	78	60
Femmes	52	40

---

**AGE** : Tranche d'âge

N=130

Tranche d'âge	Nombre	Pourcentage
18-25	8	6.153846
26-35	14	10.769231
36-45	23	17.692308
46-55	41	31.538462
56-65	36	27.692308
Plus de 65	8	6.153846

---

**NAT** : Nationalité

N=130

Nationalité	nombre	Pourcentage
Française	117	90.000000
Union Européenne	2	1.538462
Hors Union		
Européenne	11	8.461538

---

**ENTR** : Année d'entrée dans le logement

N=130

Année	nombre	Pourcentage
2012	5	3.846154
2013	2	1.538462
2014	2	1.538462
2015	9	6.923077
2016	5	3.846154
2017	6	4.615385
2018	12	9.230769
2019	15	11.538462
2020	12	9.230769
2021	14	10.769231
2022	23	17.692308
2023	19	14.615385



**ORIEN** : Service orienteur

*Quel organisme a créé le dossier d'orientation de la personne vers la maison relais ou résidence accueil ?*

N=130

Service orienteur	Nombre	Pourcentage
SIAO	5	3.846154
CHRS	27	20.769231
Hôpital psychiatrique/CMP	32	24.615385
SAVS/SAMSAH	4	3.076923
Services pénitentiaires	6	4.615385
Résidence sociale	16	12.307692
Clinique psychiatrique	16	12.307692
Association ou service spécialisé en troubles psychiques et addictions	4	3.076923
Association ou service lié au handicap (sauf psychique)	5	3.846154
Dispositif jeunes majeurs	5	3.846154
Autres	10	7.692308

**Nouvelle ORIEN** : Créer un tableau orienteur avec une variable "Secteur de la santé mentale" qui rassemble CMP, cliniques psy et associations spécialisées en troubles psychiques et addictions.

N=130

Service orienteur	Nombre	Pourcentage
Association ou service lié au handicap (sauf psychique)	5	3.846154
Autre	10	7.692308
CHRS	27	20.769231
Dispositif jeunes majeurs	5	3.846154
Résidence sociale	16	12.307692
SAVS/SAMSAH	4	3.076923
SIAO	5	3.846154
Secteur de la santé mentale	52	40.000000
Services pénitentiaires	6	4.615385

**REF** : Référent social extérieur au jour présent

N=130

Référent social extérieur	Nombre	Pourcentage
SIAO	1	0.7692308
CHGR/CMP	6	4.6153846
SAVS/SAMSAH	27	20.7692308
Pas de référent	23	17.6923077
CCAS/CDAS	16	12.3076923
Service spécialisé dans les troubles psychique et/ou addictologie	3	2.3076923
Mandataire judiciaire/familial uniquement	45	34.6153846
Alfadi	4	3.0769231
Autres	5	3.8461538

## **ADMI:** Motif d'admission

N=130

1 Inconnu

<b>Motif d'admission</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Sortie rue	7	5.3846154
Sortie structure hébergement	48	36.9230769
Sortie service psychiatrique	26	20.0000000
Sortie prison	5	3.8461538
Sortie autres institutions	1	0.7692308
Perte logement/expulsion	2	1.5384615
Rupture conjugale	5	3.8461538
Rupture familiale	4	3.0769231
Fin d'hébergement chez un tiers	6	4.6153846
Vulnérabilité dans logement individuel	21	16.1538462
Autre	4	3.0769231
Inconnu	1	0.7692308

---

## **TYPEETA :** Si la personne réside en maison relais ou résidence accueil

<b>Type d'établissement</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Maison relais	108	83.07692
Résidence accueil	22	16.92308

---

## **ANTE:** Type d'hébergement ou logement antérieur

<b>Hébergement ou logement antérieur</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Logement locatif social	19	14.6153846
Logement locatif ou sous-locatif non social	8	6.1538462
Hébergement au domicile des parents ou du conjoint	8	6.1538462
Hébergement dans la famille ou chez des amis hors parents et conjoint	5	3.8461538
Autre maison relais ou pension de famille	3	2.3076923
Foyer de jeunes travailleurs, foyer de travailleurs migrants, résidence sociale	12	9.2307692
Hébergement demandeurs d'asiles CADA, ATSA...	1	0.7692308
En hébergement social généraliste hors urgence (CHRS, insertion, stabilisation...)	33	25.3846154
Locataire d'un logement conventionné pour l'ALT	1	0.7692308
Hébergement d'urgence, chambre d'hôtel payée par une association	6	4.6153846
En établissement médical (hôpital, hôpital psychiatrique...) ou médico-social (établissement pour handicapés)	25	19.2307692
En établissement pénitentiaire	5	3.8461538
Hébergement de fortune (baraque, squat...), hébergement mobile (caravane, péniche...)	2	1.5384615
Sans abri	2	1.5384615

**Nouvelle\_ ANTE** : Créer une variable qui rassemble des types de logement ou d'hébergement similaires

N=130

2 Inconnus

<b>Hébergement ou logement antérieur</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Hébergement d'urgence, de fortune, sans abris	8	6.153846
Hébergement famille ou amis	13	10.000000
Hébergement social hors urgence et logement adapté	50	38.461538
Logement personnel	27	20.769231
Institution (médicale, médico-sociale, pénitentiaire...)	30	23.076923
Inconnu	2	1.5384615

---

**EXP** : A déjà eu une activité professionnelle au cours de sa vie ?

N=130

3 Inconnus

<b>Activité professionnelle passée</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
N'a jamais travaillé	23	17.72307
A déjà travaillé	104	80
Inconnu	3	2.307692

---

**ACT**: Activité professionnelle

<b>Activité professionnelle</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Salarié en contrat à durée indéterminée (CDI), y compris intermittent, hors activité d'insertion et contrat aidé	9	6.9230769
Salarié en contrat à durée déterminée (CDD), intérimaire, saisonnier ou en emploi occasionnel, hors activité d'insertion et contrat aidé	2	1.5384615
Salarié en alternance (contrat d'apprentissage ou de professionnalisation)	1	0.7692308
En activité d'insertion par l'activité économique (IAE)	1	0.7692308
En activité d'adaptation à la vie active (AVA)	1	0.7692308
En stage de formation	1	0.7692308
Chômeur inscrit à Pôle emploi	7	5.3846154
Chômeur non inscrit à Pôle emploi	1	0.7692308
Retraité	9	6.9230769
Dans l'impossibilité médicale d'exercer une activité professionnelle	75	57.6923077
Étudiant	2	1.5384615
Autres inactifs de 16 ans ou plus	20	15.3846154
Inconnue	1	0.7692308

---

### ***Nouvelle\_ACT*** : Activité professionnelle actuelle en regroupant des catégories

N=130

1 Inconnu

<b>Activité professionnelle actuelle</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Autres inactifs	22	16.9230769
Chômeurs	8	6.1538462
Dans l'impossibilité médicale d'exercer une activité	75	57.6923077
En activité professionnelle ou d'insertion	15	11.5384615
Inconnu	1	0.7692308
Retraité	9	6.9230769

---

### ***TEMPS***: Temps d'activité professionnelle par semaine

N=130

3 Inconnus

<b>Temps d'activité professionnelle</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Non concerné	114	87.692308
Temps complet	3	2.307692
Partiel plus 20h par semaine	5	3.846154
Partiel moins 20h par semaine	5	3.846154
Inconnue	3	2.307692

---

### ***ACCUEIL***: Accueil

N=130

1 Inconnu

<b>Accueil de jour</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Pas d'accueil de jour	99	76.1538462
Accueil de jour	30	23.0769231
Inconnue	1	0.7692308

---

### ***RSA***: Le locataire perçoit-il le RSA ?

N=130

<b>RSA</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Ne perçoit pas le RSA	120	92.307692
Perçoit le RSA	10	7.692308

---

### ***AAH***: Le locataire perçoit-il l'AAH

N=130

<b>AAH</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Ne perçoit pas l'AAH	34	26.15385
Perçoit l'AAH	96	73.84615

---

**RETRAITE:** Le résident perçoit-il la retraite et/ou le minimum vieillesse

N=130

<b>Retraite et minimum vieillesse</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Non concerné	120	92.307692
Retraite et ou minimum vieillesse	10	7.692308

---

**RQTH:** Reconnaissance de handicap

N=130

10 Inconnus

<b>RQTH</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Pas de RQTH	50	38.461538
RQTH	70	53.846154
Inconnu	10	7.692308

---

**PROTEC:** Mesure de protection ou d'accompagnement

N= 130

1 Inconnu

<b>Mesure de protection ou d'accompagnement</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Pas de mesure	61	46.9230769
Mesure de protection	63	48.4615385
Mesure d'accompagnement	5	3.8461538
Inconnu	1	0.7692308

---

**FRAN :** Francophonie

N=130

<b>Compréhension du français</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Ne comprends pas le français	1	0.7692308
Parle français sans lire et/ou écrire	9	6.9230769
Parle, lit et écrit	120	92.3076923

## Annexe 2 - Dictionnaire des codes – Questionnaire aux résident.e.s (déclaratif)

– 42 réponses (dont 9 en Résidence accueil)

### **SEXE**

1	Homme	N=21	50,00%
2	Femme	N=21	50,00%
3	Autre	X	0,00%

---

### **AGE**

1	Entre 18 et 25 ans	N=1	2,38%
2	Entre 26 et 35 ans	N=5	11,90%
3	Entre 36 et 45 ans	N=7	16,70%
4	Entre 46 et 55 ans	N=12	28,60%
5	Entre 56 et 65 ans	N=13	31,00%
6	Plus de 65 ans	N=4	9,52%

---

**ACTPRO** : Exercez vous une activité professionnelle, êtes vous en étude ou en formation ?

1	Oui, à temps plein	X	0,00%
2	Oui à temps partiel (plus de 20h/semaine)	1	2,38%
3	Oui à temps partiel (moins de 20h/semaine)	1	2,38%
4	Non, ni activité professionnelle, ni étude ou formation	38	90,50%
5	Retraité	2	4,76%
6	Autre	0	0%

---

**HOPITAL** : Avez-vous déjà vécu à l'hôpital à long terme (quelques mois) ?

1	Oui	21	50,00%
0	Non	20	50,00%
2	Je ne veux pas répondre à cette question	1	2,38%

---

**RUE** : Avez-vous déjà vécu à la rue ou en hébergement d'urgence ?

1	Oui	11	26,20%
0	Non	30	71,40%
2	Je ne veux pas répondre à cette question	1	2,38%

---

**PRISON** : Avez-vous déjà vécu en établissement pénitentiaire ?

1	Oui	8	19,00%
0	Non	33	78,60%
2	Je ne veux pas répondre à cette question	1	2,38%

---

**FAMILLE** : Est-ce que vous voyez régulièrement de la famille ?

1	Jamais ou très rarement	9	21,40%
2	Une à trois fois par an	5	11,90%
3	Une fois tous les 2/3 mois	5	11,90%
4	Une à trois fois par mois	2	4,76%
5	Une fois par semaine	9	21,40%
6	Plusieurs fois par semaine	9	21,40%
7	Je ne veux pas répondre à cette question	3	7,14%

---

**AMI** : Est-ce que vous voyez régulièrement des amis ?

1	Jamais ou très rarement	16	38,10%
2	Une à trois fois par an	1	2,38%
3	Une fois tous les 2/3 mois	4	9,52%
4	Une à trois fois par mois	4	9,52%
5	Une fois par semaine	2	4,76%
6	Plusieurs fois par semaine	12	28,60%
7	Je ne veux pas répondre à cette question	3	7,14%

---

**ACTMR** : Est-ce que vous participez régulièrement aux activités proposées par la pension de famille ?

1	Jamais ou très rarement	3	7,14%
2	Une à trois fois par an	4	9,52%
3	Une fois tous les 2/3 mois	4	9,52%
4	Une à trois fois par mois	13	31,00%
5	Une fois par semaine	6	14,30%
6	Plusieurs fois par semaine	10	23,80%
7	Je ne veux pas répondre à cette question	2	4,76%

---

**ACTEXT** : Est-ce que vous participez à des activités de loisir dans votre quartier (sport, sorties, activités artistiques...), qui ne sont pas organisées par la pension de famille ?

1	Jamais ou très rarement	25	59,50%
2	Une à trois fois par an	2	4,76%
3	Une fois tous les 2/3 mois	0	0,00%
4	Une à trois fois par mois	2	4,76%
5	Une fois par semaine	7	16,70%
6	Plusieurs fois par semaine	4	9,52%
7	Je ne veux pas répondre à cette question	2	4,76%

---

*Rencontrez vous des obstacles ou des difficultés qui limitent votre participation à des activités ? Si oui, le ou lesquels ?*

**OBSINFO** : Je manque d'information sur les activités possibles/ Les informations disponibles ne sont pas claires pour moi.

1	Oui	4	9,52%
0	Non	38	90,48%

**OBSTRANS** : J'ai des problèmes de transports pour aller aux activités.

1	Oui	3	7,14%
0	Non	39	92,86%

**OBSSANTE** : J'ai des problèmes de santé qui rendent difficile de participer à des activités.

1	Oui	16	38,10%
0	Non	26	61,90%

**OBSDISCRI** : Je me sens discriminé/jugé quand je participe à des activités.

1	Oui	4	9,52%
0	Non	38	90,48%

**OBSFINANCE** : Je n'ai pas les moyens financiers de participer aux activités que je voudrais faire.

1	Oui	3	7,14%
0	Non	39	92,86%

---

Pour quelles raisons allez vous voir les hôtes de résidence ? (Précisez si autre raison)

**PREMCAUSE** : Première cause

**DEUXCAUSE** : Deuxième cause

**TROISCAUSE** : Troisième cause

		Première	Deuxième	Troisième
--	--	----------	----------	-----------



1	Question technique ou problème dans le logement	N=7 – 16,7%	1 – 2,38%	4 – 9,52%
2	Aide pour de l'administratif/budgétaire	N=8 – 19%	7 – 16,7%	2 – 4,76%
3	Problème ou rendez-vous de santé	N=6 – 14,3%	5 – 11,9%	6 – 14,3%
4	Soutien émotionnel	N=4 – 9,52%	9 – 21,4%	2 – 4,76%
5	Aide dans la vie quotidienne	N=2 – 4,76%	3 – 7,14%	6 – 14,3%
6	Discuter	N=12 – 28,6%	9 – 21,4%	3 – 7,14%
7	Problème de voisinage	N=0	1 – 2,38%	2 – 4,76%
0	Pas de réponse	N=3 – 7,14%	7 – 16,7%	17 – 40,5%

---

**SANTE** : Comment décririez-vous votre état de santé général ?

1	Très bon	3	7,14%
2	Bon	14	33,30%
3	Moyen	18	42,90%
4	Mauvais	6	14,30%
5	Très mauvais	0	0,00%
6	Je ne veux pas répondre à cette question	1	2,38%

---

**MEDECINGEN** : Avez vous vu un médecin généraliste l'année dernière (2023) ?

0	Non	7	17,70%
1	1 à 2 fois	12	28,60%
2	3 à 6 fois	14	33,30%
3	7 à 10 fois	3	7,14%
4	Plus de 10 fois	4	9,52%
5	Je ne veux pas répondre à cette question	2	4,76%

---

**MEDECINGSPE**: Avez vous vu un médecin spécialiste l'année dernière (2023) ?

0	Non	8	19,00%
1	1 à 2 fois	12	28,60%
2	3 à 6 fois	9	21,40%
3	7 à 10 fois	6	14,30%
4	Plus de 10 fois	5	11,90%
5	Je ne veux pas répondre à cette question	2	4,76%

---

**CONSOALCOOL** : Consommez vous régulièrement de l'alcool (hors consommation modérée) ?

0	Non	31	73,80%
1	Oui	9	21,40%
2	Je ne veux pas répondre à cette question	2	4,76%

**CONSOTABAC** : Consommez vous régulièrement du tabac (hors consommation modérée) ?

0	Non	21	45,20%
1	Oui	19	50,00%
2	Je ne veux pas répondre à cette question	2	4,76%

**CONSO DROGUE** : Consommez vous régulièrement de la drogue ou des médicaments non prescrits ?

0	Non	33	78,60%
1	Oui	7	16,70%
2	Je ne veux pas répondre à cette question	2	4,76%

**CONSOAUTRE** : Consommez vous régulièrement d'autres substances ou conduite addictives (Jeux d'argent, jeux vidéo, autres...) ?

0	Non	35	83,30%
1	Oui	5	11,90%
2	Je ne veux pas répondre à cette question	2	4,76%

**CONSOTOTAL** : Nombre de personnes qui déclarent consommer régulièrement au moins une substance (incluant tabac).

0	Non	15	35,70%
1	Oui	25	59,50%
2	Je ne veux pas répondre à cette question	2	4,76%

**CONSOHORSTABAC** : Nombre de personnes qui déclarent consommer régulièrement au moins une substance sans compter le tabac.

0	Non	23	54,80%
1	Oui	17	40,50%
2	Je ne veux pas répondre à cette question	2	4,76%

**SUIVICONSO** : Avez-vous un suivi au sujet de ces consommations ?

1	Oui et je veux continuer	11	26,20%
2	Oui mais je voudrais arrêter/changer	2	4,76%
3	Non et je n'en veux pas	7	16,70%
4	Non mais j'aimerais en avoir un	0	0,00%
5	Pas de réponse/Non concerné	22	52,36%

---

**TROUBLEPSY** : Avez-vous été diagnostiqué(e) avec un trouble psychique ou bien considérez vous avoir des difficulté d'ordre psychique (même sans diagnostic) ?

0	Non	11	26,20%
1	Oui	27	64,30%
2	Je ne veux pas répondre à cette question	4	9,52%

**SUIVITROUBLE**: Avez-vous un suivi au sujet de ces difficultés psychiques ?

1	Oui et je veux continuer	23	54,80%
2	Oui mais je voudrais arrêter/changer	2	4,76%
3	Non et je n'en veux pas	1	2,38%
4	Non mais j'aimerais en avoir un	1	2,38%
5	Je ne veux pas répondre à cette question/Non concerné	15	35,70%

---

**QUITTER** : Avez-vous le projet de quitter la maison relais/résidence accueil ?

1	Oui, à court terme (un an ou moins)	3	7,14%
2	Oui, à long terme (quelques années)	12	28,60%
3	Non, je n'ai pas ce projet pour le moment/je veux rester ici	27	64,30%

### Annexe 3 - Questionnaire déclaratif aux professionnel.le.s

Ce questionnaire a pour objectif de dresser un tableau non exhaustif des besoins soulevés par les professionnel.le.s des maisons relais et résidences accueil en matière de santé.

#### Travaillez-vous dans une :

Maison-relais	10
Résidence accueil	3

#### Année de prise de fonction dans l'établissement

De 2016 à 2024 - Moyenne de temps travaillé : 4 ans

#### Combien de votre temps de travail, en ETP (équivalent temps plein), est dédié à la maison relais/résidence accueil?

Entre 0,5 et 1 ETP - 5 à temps plein et 7 à temps partiel

#### Faites-vous régulièrement des heures supplémentaires (déclarées ou non)?

Jamais	0
Occasionnellement	5
Tous les mois	3
Toutes les semaines	5

#### Combien d'heures par semaine en moyenne êtes vous le.a seul.e professionnel.le présent.e à la maison relais/résidence accueil?

Entre 0 et 20h semaine.

7,3 heures par semaine en moyenne.

#### A quel point êtes vous d'accord avec les affirmations suivantes?

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Je suis souvent interrompu.e dans mon travail	0	0	4	8
On attend que je réalise une quantité de travail excessive	1	3	6	1
Je me sens en sécurité (physique et psychologique) dans mon travail	0	5	7	0
Mon salaire est satisfaisant	6	4	7	0
Je reçois suffisamment d'estime pour mes efforts au travail	1	5	4	2
Je me sens angoissé.e dans mon travail	1	6	5	0
Je me sens épuisé.e dans mon travail	0	5	3	4

## Besoins en santé :

**Accomplissez-vous régulièrement des tâches en lien avec le soin ou la santé des résidents? (Faites une croix dans la case correspondante)**

	Jamais ou très rarement	Quelques fois dans l'année	Régulier, au moins une fois par mois	Souvent, au moins une fois par semaine
Accompagnement à des rendez-vous médicaux	1	3	4	4
Faire le lien avec les professionnels de santé (transmettre ou demander des informations)	0	1	3	8
Faire des demandes d'hospitalisation avec le résident	3	8	1	0
Guider les résidents vers un professionnel du sanitaire adéquat	0	3	4	5
Veiller à la prise de médicaments	8	4	0	0

**Pensez-vous à d'autres tâches en lien avec le soin ou la santé (optionnel)?**

Réponse libre

**Selon vous, les résidents rencontrent-ils des obstacles à l'accès aux soins?**

	Jamais	Parfois	Souvent	Je ne sais pas
Manque de généralistes	0	2	10	0
Manque de spécialistes ou de places	0	3	9	0
Longs délais d'attente pour les rendez-vous	0	2	9	1
Coût des soins et délais de remboursement	3	7	0	1
Méconnaissance ou incompréhension du système de santé	0	6	4	1
Crainte d'être stigmatisé (notamment santé mentale et addictions)	2	4	5	0
Problème de transport et/ou distance des lieux de soins	3	3	5	0

Refus d'intervention des secours due au lieu de résidence ou au passif de la personne.	4	4	3	0
--	---	---	---	---

**Avez-vous des partenariats établis avec des services de santé locaux et les jugez vous suffisants ?**

Oui, nous avons des partenariats bien développés	1
Nous avons des partenariats mais je pense qu'ils sont insuffisants	8
Nous n'avons pas de partenariat avec les services de santé locaux mais je pense que nous devrions en avoir	2
Nous n'avons pas de partenariat avec les services de santé locaux et je ne pense pas que nous devrions en avoir	0

**En tant que travailleur.euse social.e, diriez vous que votre parole concernant les résidents est prise au sérieux par les professionnels du soin (urgences, médecins, CMP...) ?**

Très au sérieux	0
Plutôt au sérieux	8
Plutôt pas au sérieux	3
Pas du tout au sérieux	0

**Dans votre accompagnement (le cas échéant) rencontrez-vous des difficultés qui impactent le collectif ou votre propre bien-être au travail?**

	Aucune ou difficultés rares/ impact mineur	Difficultés occasionnelles/ impact moyen	Difficultés fréquentes/ impact fort
Liées au vieillissement et à la perte d'autonomie des résidents	0	8	3
Liées à l'hygiène personnelle et du logement	0	5	6
Liées aux addictions	0	3	8
Liées aux troubles psychiques et à un suivi psy insuffisant	0	4	7

**Avez-vous reçu une ou des formation(s) spécifique(s) pour aider les résidents ayant des besoins en santé mentale ?**

Oui	10
Non	1

**Avez-vous déjà personnellement fait face à un ou plusieurs décès en maison relais?**

Oui	4
-----	---

Non	7
-----	---

**Si oui, jugez vous que vous étiez suffisamment préparé.e?**

Oui	0
Non	3
Ne se prononce pas	1

**Selon vous, quels aménagements en lien direct ou indirect avec la santé des résidents pourraient faciliter votre travail au quotidien?**

Réponse libre

## **Annexe 4 - Grille d'entretiens avec les résident.e.s**

### **Introduction**

Présentation du master de santé publique, stage et objectifs. Qui sont les résident.e.s, quel est leur quotidien ici mais aussi quel est leur parcours de vie en lien avec le logement et avec la santé. « Je vais vous poser des questions qui sont liées à votre vie personnelle. Vous avez le droit de me dire que vous ne souhaitez pas répondre à certaines questions. A tous moment vous pouvez aussi me dire que vous voulez faire une pause ou arrêter l'entretien. Vous participez de manière volontaire et c'est vous qui restez libre de la manière dont ça se passe, donc n'hésitez pas à me signaler si quelque chose vous met mal à l'aise.

Enregistrement : (Déjà mentionné en amont) Je vais prendre des notes pendant que vous parler mais est-ce que vous acceptez que je vous enregistre ? Votre voix ne sera écoutée par personne d'autre que moi mais de cette manière je suis certaine que je ne déforme pas ce que vous dites quand je le réécrirais. Mentionner le changement de prénom.

### **Parcours de vie avant la pension de famille**

"Pouvez-vous me dire où vous avez grandi ?" Pays et région Famille Lieux de vie quotidienne

Ecole et éducation. « A quelle école avez-vous été », « Jusqu'à quelle classe ? » « Avez vous fait des études supérieures ? »

### **Travail et occupations :**

« Avant aujourd'hui, avez-vous déjà travaillé? » « Dans quel domaine? » « Qu'est-ce que vous faisiez ? » Et aujourd'hui ?

Si carrière: Avez-vous rencontré des obstacles ou des périodes de changement importantes dans votre carrière ? Si pas de carrière: « Avez vous eu des activités que vous aimiez faire ? Lesquelles? »

### **Logement avant la pension de famille:**

« Pouvez-vous me décrire les différents lieux où vous avez vécu avant d'arriver ici » Difficultés pour trouver un logement stable? Lesquelles?

### **Santé et Bien-être avant**

Comment décririez-vous votre santé et votre bien-être général avant d'arriver dans la maison relais ? (Est-ce que vous diriez que vous étiez en bonne ou en mauvaise santé? Comment vous sentiez vous psychologiquement?) Avez-vous eu accès à des services de soutien en matière de santé physique ou mentale ? Difficulté d'accès ?

### **Relations personnelles**

Avez-vous gardé des liens avec votre famille ou vos amis d'avant? Comment ont évolué vos relations? Est-ce que vous les voyez régulièrement?

### **Changement vers la maison relais**

Qui vous a parlé de la maison relais la première fois? Comment avez-vous décidé de venir vivre dans une maison relais ? Qu'est-ce que vous avez du faire pour devenir résidente ici? Combien de temps ça a prit? Comment s'est passé votre arrivée? Les premiers jours/semaines?

### **Vie actuelle**



Comment se passe votre quotidien ici? Est-ce que vous pouvez me décrire ce que vous faites dans une journée normale/ une semaine normale? Comment vous sentez-vous dans votre logement actuel ? Comment occupez-vous vos journées ?

Est-ce que vous participez à des activités organisées par la résidence ou le SAVS ? Est-ce que vous participez à des activités en dehors? (Travail, loisir, religion...) Qu'est-ce que vous aimez le plus dans votre vie actuelle ? Qu'est-ce que vous aimez le moins ? Voudriez- vous changer quelque chose?

### **Santé et bien être aujourd'hui**

Comment décririez-vous votre santé et votre bien-être général maintenant que vous êtes à la maison relais ? Quand vous vous sentez mal, y a t-il quelqu'un avec qui vous pouvez parler ici? Est-ce que quelqu'un vous aide à prendre soin de votre santé? Qui ? Comment? Avez-vous des médicaments à prendre ? Est-ce facile de vous rappeler de les prendre ?

Est-ce que vous vous sentez en sécurité dans votre logement ? Est-ce que vous avez rendez-vous avec un psychologue régulièrement ? Comment ça se passe ?

### **Avenir**

Est-ce que vous avez des projets pour le futur ? Est-ce qu'il y a des choses que vous aimeriez pouvoir faire ou ne plus faire ?

### **Clôture de l'entretien**

Y a-t-il autre chose que vous aimeriez partager concernant votre expérience ou votre parcours ?  
Remerciements

## Annexe 5 - Grille d'entretiens avec les professionnel.le.s

**Description du poste** : En quoi consiste votre profession ? Quelles sont vos principales responsabilités ? Quel est votre parcours ? Quelle formation avez-vous suivie pour ce poste ? Quelles tâches effectuez-vous au quotidien ? Quelle est votre journée ou semaine type ?

Quelles relations entretenez-vous avec les personnes accueillies ? Quelles principales difficultés rencontrez-vous dans votre quotidien au travail ? Comment gérez-vous ces situations ou ces crises ? Vous sentez-vous suffisamment soutenu.e dans cette gestion ? Selon vous, quelles sont les qualités essentielles à développer pour ce travail ?

**Résident.e.s** : Comment fonctionne votre accompagnement des résident(e)s, sur quoi se base-t-il ? Comment évaluez-vous les besoins des résident(e)s ? Comment vous organisez-vous pour y répondre ?

**Santé** : Identifiez-vous des problématiques liées à la santé des résident.e.s ? Quelles difficultés cela vous pose-t-il ? Développez si nécessaire : addictions, vieillissement, hygiène, refus de soins, troubles psychiques...

**Évolution des tâches** : Votre rôle a-t-il évolué depuis votre prise de poste ? Avez-vous constaté une évolution des tâches ces dernières années (ou en avez-vous discuté avec des collègues plus expérimenté.e.s) ? Avez-vous observé des changements dans le domaine de l'hébergement social ? Lesquels ?

Vous tenez-vous à jour avec les nouvelles pratiques et théories ? Comment ? Quelles évolutions souhaiteriez-vous pour faciliter vos tâches (idéalement et de manière plus pragmatique) ? Comment imaginez-vous l'avenir de votre profession ? Vous voyez-vous encore exercer ce métier dans 10 ans ?

**Satisfaction et besoins professionnels** : Selon vous, quels sont vos besoins en tant que professionnel.le pour continuer à exercer dans de bonnes conditions ? Avez-vous réalisé des formations récemment ? En êtes-vous satisfait.e ? Quels aspects de votre travail vous procurent la plus grande satisfaction ? Vous sentez-vous en sécurité sur votre poste de travail ?

**Équipe** : Comment travaillez-vous avec les autres membres de l'équipe ? Collaborez-vous avec d'autres professionnels ou services ? Selon vous, quelle est l'importance du réseau professionnel dans votre travail ?

**Fin de l'entretien** : Avez-vous quelque chose à ajouter ? Y a-t-il un thème non mentionné ?



ANGER

Juliane

25 septembre 2024

## Master 2, Situation de Handicap et Participation sociale

Promotion 2023-2024

# Pensions de familles et questions de santé : Une étude sur les maisons relais et résidences accueil de la métropole rennaise

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université de Rennes, Rennes 2

### **Résumé :**

Ce travail explore la question de l'augmentation -perçue par les professionnel.le.s du social- des problématiques de santé mentale chez les résident.e.s des pensions de famille de la métropole rennaise. À travers une enquête de terrain à la fois qualitative et quantitative, cette étude met en lumière les divergences entre le mandat initial de ces dispositifs et les besoins réels d'une population de plus en plus précarisée. Elle interroge la vision principalement médicale des difficultés rencontrées par les professionnels et questionne l'impact du modèle socio-économique sur la précarité psychique et l'autodétermination des résident.e.s.

This work explores the increase of mental health issues among residents of « Pensions de famille », reported by social workers in Rennes metropolitan area. Through both qualitative and quantitative fieldwork, this study highlights the divergences between the initial mandate of these establishments and the actual needs of an increasingly vulnerable population. It questions the predominantly medical approach to the challenges faced by professionals and examines the impact of the current model on the residents' psychological vulnerability and their capacity of self-determination.

### **Mots clés :**

pensions de famille, maisons-relais, logement adapté, santé mentale, précarité, troubles psychiques, addictions, autodétermination

*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.*