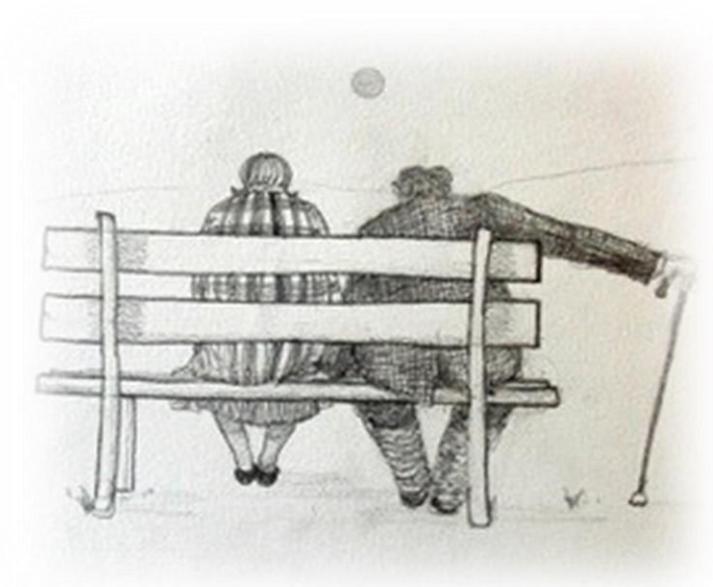


RAPPORT

Accompagner le vieillissement des résidents en pension de famille



Une étude réalisée en 2024/2025 par le CREAI Pays de la Loire, financée par la DREETS des Pays de la Loire.

Les propos n'engagent que leurs auteurs.



Centre Régional d'Etudes,
d'Actions et d'Informations
en faveur des personnes
en situation de vulnérabilité



Direction régionale
de l'économie, de l'emploi,
du travail et des solidarités (DREETS)

RESUME DE L'ETUDE



Le cadre de la commande

Cette étude a été réalisée à la demande de la Direction Régionale de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DREETS) des Pays de la Loire.

L'étude a été réalisée par le Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) des Pays de la Loire.

Le contenu de l'étude

Cette étude vise à mieux comprendre les problématiques rencontrées par les professionnels exerçant en pension de famille et en résidence accueil, quand ils accompagnent des personnes vieillissantes. Trois axes ont été spécifiquement investigués : l'accompagnement de la perte d'autonomie des résidents vieillissant en pension de famille, l'accompagnement des départs de résidents vieillissants et l'accompagnement de la fin de vie et du deuil en pension de famille.

L'étude s'appuie sur des entretiens réalisés auprès de professionnels exerçant en pension de famille, ainsi que des entretiens collectifs menés auprès de résidents âgés de 45 ans et plus, en Pays de la Loire.

L'étude révèle les principaux points suivants :

- Le vieillissement en pension de famille est vécu par les résidents comme une étape ambivalente, marquée par la perte d'autonomie mais aussi une certaine forme de résilience et d'adaptation. S'ils craignent la dégradation de leur état de santé, la perte de leurs capacités physiques et l'isolement, ces résidents revendiquent aussi un esprit jeune et valorisent la vie collective en pension de famille, qui rompt l'ennui et permet de maintenir le lien social.
- Pour bien vieillir, les résidents insistent sur l'importance de prendre soin de soi, de sa santé physique et mentale, mais aussi de rester engagé dans des activités et de maintenir des relations sociales. La pension de famille est ainsi décrite comme un environnement favorable au bien vieillir, tant que l'autonomie reste suffisante. La plupart des résidents interrogés estiment que si leur état de santé et leur autonomie se dégrade trop fortement, ils devront quitter la pension de famille pour aller vivre dans un établissement plus adapté. Les perceptions des maisons de retraite sont assez différentes selon les résidents, mais beaucoup craignent, en allant vivre dans ces établissements, de perdre les avantages liés à la vie collective et à la liberté auxquelles ils sont très attachés en pension de famille.
- L'accompagnement du vieillissement par les hôtes de pension de famille se heurte à de nombreuses limites lorsque l'état de santé de la personne se dégrade ou qu'elle perd en autonomie : vieillissement précoce, difficultés d'accès aux soins, manque d'adaptation des locaux, interventions d'aide à domicile insuffisantes, tensions éthiques face aux refus d'aide et/ou de soins. Les professionnels, souvent démunis, doivent concilier accompagnement individualisé et animation collective, dans un cadre encore peu outillé pour faire face au vieillissement des publics précaires. Ces situations questionnent les limites de

l'intervention des hôtes, qui sont amenés à assurer des tâches ne relevant pas de leur fonction, notamment en matière de coordination de parcours ou encore d'accompagnement à la toilette.

- Lorsque le maintien en pension de famille n'est plus possible ou souhaité par la personne, l'anticipation et la construction d'un projet d'entrée en établissement pour personnes âgées apparaissent essentielles, mais restent complexes à mener, tant pour les résidents que pour les hôtes. Le manque de places, les délais d'attente, l'absence de solutions adaptées et la méconnaissance des spécificités du public précarisé par les structures accueillant des personnes âgées rendent les démarches d'orientation longues et incertaines. Les hôtes rapportent des difficultés à mobiliser les partenaires autour de l'accompagnement de ces situations.
- Enfin, l'anticipation et l'accompagnement de la fin de vie reste un sujet délicat, marqué par des positionnements divergents chez les professionnels de pension de famille. Le respect des souhaits des résidents, la préparation sereine de leur décès et le soutien des professionnels sont des enjeux majeurs, encore peu abordés et mis au travail à l'échelle des structures et des organismes gestionnaires, malgré l'existence de ressources et d'outils en la matière.
- Globalement, l'accompagnement des résidents vieillissants en perte d'autonomie semble plutôt être abordé au cas par cas, situation par situation, plutôt que de faire l'objet d'une réflexion plus globale, à l'échelle des structures et des organismes gestionnaires.

Introduction	9
Définition réglementaire des pensions de famille.....	9
Les objectifs de l'étude	10
La méthodologie	11
1/ Les entretiens auprès de professionnels exerçant en pension de famille ou résidence accueil.....	11
2/ Les entretiens collectifs auprès des résidents de pension de famille.....	13
3/ Les travaux menés dans le cadre de la journée régionale des pensions de famille du 29 novembre 2024.....	13
Les résultats de l'étude	14
AXE 1 // Ce que les résidents disent du vieillissement en général et de leur vieillissement en particulier	14
1/ Les perceptions du vieillissement chez les résidents : un état de santé déclinant, une perte d'autonomie mais la revendication d'un sentiment de jeunesse	15
1.1 La dégradation de l'état de santé physique, psychique et cognitive	15
1.2 La perte des capacités physiques, entraînant une diminution des activités.....	15
1.3 La revendication d'un sentiment de jeunesse malgré le vieillissement.....	16
1.4 Un sentiment d'isolement qui peut s'exacerber à mesure qu'on vieillit mais contrebalancé par les liens sociaux au sein de la résidence	16
1.5 Les craintes associées au vieillissement	17
2/ Prendre soin de sa santé physique et mentale, rester actif et engagé dans des relations sociales : les clefs du bien-vieillir aux yeux des résidents	18
2.1 Prendre soin de sa santé sur le plan somatique.....	18
2.2 Rester actif physiquement.....	18
2.3 Prendre soin de sa santé mentale, savoir se faire plaisir	18
2.4 Entretenir, maintenir des relations sociales.....	19
2.5 Rester engagé dans des activités.....	20
2.6 Disposer de ressources financières suffisantes.....	20
3/ Des perceptions plutôt positives des résidents vis-à-vis de leur accompagnement en matière de santé et de perte d'autonomie.....	20
3.1 Des résidents qui se sentent plutôt bien accompagnés sur le plan de la santé, malgré des difficultés d'accès aux soins	20
3.2 Un environnement qui peut permettre de bien vieillir selon les résidents, jusqu'à un certain point.....	22
3.3 Richesse et défis de la mixité intergénérationnelle au sein des pensions de famille	22
4/ Aller vivre en maison de retraite, pourquoi pas ? Des résidents qui expriment des points de vue nuancés... ..	23
4.1 Santé et autonomie, deux facteurs déterminants dans la décision d'aller vivre en établissement pour personnes âgées	24

4.2 Une forme de liberté et une vie collective en pension de famille auxquels les résidents sont fortement attachés.....	25
4.3 Des perceptions différenciées des maisons de retraite selon les résidents	25
5/ Des résidents qui ont anticipé leur fin de vie, d'autres qui ne veulent pas aborder ce sujet	26
AXE 2 // Accompagner le maintien à domicile : difficultés, soutiens et limites des professionnels en pension de famille.....	27
1/ Accompagner les résidents vieillissants en matière de santé.....	28
1.1 Des besoins en santé importants et multiples	28
1.2 Des signes du vieillissement qui arrivent tôt, avec une dégradation parfois brutale de l'état de santé	30
1.3 De nombreuses difficultés d'accès et de maintien d'un suivi médical.....	31
La mise en place souvent tardive de la prise en charge médicale	31
Le manque de professionnels de santé sur le territoire	32
Les délais d'attente pour obtenir des rendez-vous ou des prises en charge	34
L'absence de demande, voire le refus du résident vis-à-vis d'une prise en charge médicale	34
Le stress, les angoisses des résidents vis-à-vis des rendez-vous médicaux, la difficulté à faire confiance aux professionnels de santé	35
Des difficultés à organiser et gérer seul sa prise en charge médicale	35
Des comportements agressifs ou de fuite mal interprétés par des professionnels de santé insuffisamment formés et sensibilisés	36
Une parole des résidents vieillissants pas toujours entendue par les professionnels de santé	36
Les obstacles à l'accès aux soins liés à la présence d'addictions	36
Des difficultés pour trouver le service de santé approprié, lorsque le vieillissement s'ajoute à des troubles déjà présents (troubles psychiques, déficience intellectuelle, autre pathologie...)	37
1.4 Le médecin traitant, un partenaire clef, lorsqu'il est au rendez-vous	38
1.5 Quels rôles des professionnels exerçant en pension de famille en matière d'accompagnement sanitaire des résidents vieillissants ?.....	40
(R)amener vers le suivi médical.....	40
Encourager la personne à prendre soin d'elle et de sa santé, puis l'inciter à consulter en recherchant son adhésion	40
Accompagner, être présent pendant les consultations et les soins.....	42
Organiser et œuvrer pour permettre la continuité du parcours de soins	45
1.6 Quelle coordination du parcours de soins des résidents vieillissants ?	46
Des professionnels de pension de famille face au constat de carence en matière de coordination du parcours de soins pour les résidents vieillissants.....	46
Des difficultés pour mobiliser et faire le lien entre les partenaires	48
Des professionnels de pension de famille sans cesse en quête de nouvelles solutions, pour des situations toujours singulières et mouvantes	49

1.7 Focus sur le passage aux urgences et les hospitalisations	51
2/ Accompagner la perte d'autonomie des résidents vieillissants.....	54
2.1 Le manque d'accessibilité des logements et des résidences	54
2.2 Les difficultés en matière d'entretien du logement.....	56
2.3 Des difficultés en matière d'alimentation	58
2.4 Prévenir, faire face aux risques de chute	59
2.5 Continuer à vivre chez soi grâce aux services à domicile, une aide pas toujours facile à accepter pour les résidents	60
2.6 Des professionnels amenés à devoir parfois accomplir des actes d'aide à la personne.....	64
2.7 Soutenir la participation sociale des résidents vieillissants	65
2.8 Quelle place des résidents vieillissants au sein du collectif ?.....	68
3/ Des situations qui soulèvent des interrogations chez les professionnels, sur leur rôle, le sens et les limites de leur accompagnement	70
3.1 Un accompagnement individuel qui demande beaucoup de temps et une vigilance accrue, qui empiète sur l'accompagnement collectif.....	70
3.2 Des accompagnements qui soulèvent des questionnements éthiques chez les professionnels....	71
AXE 3 // Accompagner, lorsque la possibilité du maintien à domicile est questionnée ou remise en cause	71
1/ Construire le projet résidentiel avec la personne concernée	72
1.1 Des professionnels de pension de famille partagés entre le respect de la temporalité des personnes et la nécessité d'anticiper les démarches d'inscription	72
1.2 Pouvoir vieillir quelque part où on puisse se sentir « chez-soi », en pension de famille ou ailleurs	74
1.3 Accompagner la prise de conscience de la personne vieillissante des limites au maintien à domicile	76
1.4 Une adhésion qui suppose des compromis, des conditions à accepter, des engagements à respecter pour la personne vieillissante.....	77
1.5 Travailler un parcours résidentiel avec des personnes présentant des troubles cognitifs importants	78
2/ Les limites au maintien à domicile perçues par les professionnels de pension de famille interrogés	79
3/ Construire le projet résidentiel collectivement, avec les partenaires	81
3.1 Désaccords et tractations sur les limites du maintien à domicile	81
3.2 Des professionnels qui tirent la sonnette d'alarme, mais qui ne sentent pas écoutés	83
3.3 De l'importance de pouvoir construire le projet ensemble	84
3.4 Qui fait quoi ? Des démarches assurées par les hôtes, faute de relais ?	86
4/ La place de l'hospitalisation dans les parcours des résidents dont le maintien à domicile est fortement questionné.....	87

5/ Des solutions parfois possibles mais de nombreux freins à l'accès aux établissements pour personnes âgées	89
5.1 Les différentes solutions d'hébergement en sortie de pension de famille envisagées et/ou mises en œuvre	89
5.2 Une multitude de freins à l'accès à un établissement pour personnes âgées	90
6/ Préparer l'entrée en établissement, maintenir un lien après le déménagement	94
6.1 Faire le lien avec les équipes de l'établissement d'accueil	94
6.2 Organiser et faire le déménagement	95
6.3 Souvent, un maintien du lien après le départ pour éviter une séparation brutale	96
AXE 4 // Accompagner des personnes qui veulent vieillir et mourir chez elles, en pension de famille ...	97
1/ Des positionnements divergents vis-à-vis de l'accompagnement jusqu'au bout de la vie en pension de famille	97
2/ De l'importance de soutenir les professionnels lorsqu'ils sont amenés à accompagner une personne en fin de vie.....	99
3/ Le recueil des souhaits des personnes concernant leur décès.....	100
4/ Des démarches à effectuer au moment du et après le décès	104
5/ Des réactions et des implications variables lorsqu'un décès survient parmi les résidents.....	105
Conclusion	106
1/ Synthèse de l'étude	106
2/ Les résultats sous forme de points-clefs	107
3/ Quelques ressources pour aller plus loin	114

Introduction

Définition réglementaire des pensions de famille

La **circulaire n°2002-595 du 10 décembre 2002** définit les maisons relais, qu'on appelle aussi pensions de famille, comme « *une offre alternative de logement pour des personnes en situation de grande exclusion [devant] leur permettre une réadaptation à la vie sociale dans un environnement chaleureux et convivial, dans la perspective de leur faire retrouver tous les aspects de la citoyenneté* ». Le texte précise également que « *concrètement, il s'agit 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* ».

Cette même circulaire précise les objectifs et le cadre réglementaire des maisons relais. Le texte donne notamment une définition du public cible, à savoir : « *la maison relais est destinée à l'accueil de personnes à faible niveau de ressources, dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde, et dont la situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend impossible à échéance prévisible leur accès à un logement ordinaire* ».

La circulaire rappelle que la maison relais constitue bien un « *habitat durable, sans limitation de durée* ». De taille réduite, ces structures associent des logements privatifs et des espaces collectifs. Ce cadre semi collectif doit « *valoriser la convivialité et l'intégration dans l'environnement social* ».

A noter : les résidences accueil constituent, comme la maison relais, une modalité de résidence sociale, s'inscrivant dans une logique d'habitat durable, sans limitation de durée. Selon le cahier des charges annexé à la note d'information du 16 novembre 2006 relative à la mise en place de l'expérimentation des résidences accueil, ces structures s'adressent à des « *personnes fragilisées et handicapées par des troubles psychiques liés à une pathologie mentale au long cours, dont l'état est suffisamment stabilisé pour respecter et bénéficier des règles de vie semi-collective, suffisamment autonomes pour accéder à un logement privatif, dès lors qu'un accompagnement et des soins sont garantis en tant que de besoin, dans une situation d'isolement ou d'exclusion sociale, à faible niveau de revenus, sans critère d'âge* ». Il est précisé que sa spécificité, par rapport aux maisons relais, est « *d'offrir aux résidents la garantie, en tant que de besoin, d'un accompagnement sanitaire et social, organisée dans le cadre de partenariats formalisés par des conventions, d'une part, avec le secteur psychiatrique, et d'autre part, avec un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)* ».

La **circulaire n°2002-595 du 10 décembre 2002** fixe le rôle et les missions dévolues aux hôtes, qui « *jouent un rôle primordial d'animation et de régulation de la vie quotidienne de la maison, [...] et doivent être d'abord à l'écoute des pensionnaires en assurant une présence quotidienne auprès d'eux* ».

En plus de l'organisation quotidienne de la vie de la maison relais, les hôtes doivent :

- Définir conjointement avec les résidents les modalités de la vie collective ;

- Animer les espaces et les temps communs à tous les résidents avec un principe de réunion périodique avec les résidents, indispensable à la régulation de la vie de la maison et moment privilégié pour les animations et/ou les activités communes ;
- Faciliter les relations entre les résidents ;
- Savoir être à l'écoute pour pouvoir faire face aux difficultés d'ordre individuel ou collectif ;
- Maintenir, le cas échéant, les contacts avec les services qui ont orienté le résident vers cette structure ;
- Organiser les liens avec l'environnement local de la maison : mairie, services sanitaires et sociaux, équipements publics, structures d'animation et de loisirs ainsi que le voisinage de la pension, pour l'ouvrir au tissu social de proximité.

Est aussi précisé que l'hôte peut avoir en charge, en liaison avec l'association gestionnaire, des tâches de gestion locative quotidienne parmi lesquelles l'admission des nouveaux résidents, la surveillance et le maintien du bon entretien des logements et des espaces collectifs, la perception de la redevance et, le cas échéant, le suivi des plans d'apurement des dettes locatives et le respect du règlement intérieur.

Dans les textes officiels régissant le cadre de fonctionnement des pensions de famille, il est plusieurs fois rappelé que ces structures ne sont pas des établissements médico-sociaux, mais bien une **modalité particulière de résidence sociale** ouvrant droit au bénéfice de l'aide personnalisée au logement. Ainsi, la lettre d'instructions aux services déconcentrés pour la mise en œuvre du programme 2004 « maisons relais » rappelle que « *les maisons relais se situent clairement dans le champ du logement. Elles sont une modalité de résidences sociales et à ce titre relèvent de la réglementation du code de la construction et de l'habitation. Elles ne relèvent pas de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale* ».

Ainsi, il ne revient pas à l'hôte d'assurer l'accompagnement social, médico-social ou sanitaire des personnes qui habitent dans la pension de famille. Ces accompagnements sont assurés par des structures extérieures à la résidence. En revanche, l'hôte est un tisseur de liens : son rôle est de faciliter la mise en relation des résidents avec les différents acteurs de l'accompagnement social, médico-social et sanitaire, il les conseille et les oriente vers les partenaires compétents.



Les objectifs de l'étude

Depuis plusieurs années, les pensions de famille observent un vieillissement de leurs résidents. En Pays de la Loire, une enquête menée par le CREAI des Pays de la Loire en 2023¹ a permis de mettre en évidence plusieurs difficultés rencontrées par les professionnels exerçant dans ces structures.

Parmi les 56 pensions de famille ayant répondu à l'enquête en 2023 (taux de réponse = 82 % des pensions de famille implantées sur la région) :

- 70 % déclaraient que leurs professionnels avaient besoin de formation à l'accompagnement des personnes vieillissantes ;
- 57 % jugeaient l'accès aux soins difficile pour les résidents vieillissants ;
- 86 % qualifiaient l'accompagnement de la perte d'autonomie de « difficile » ;
- 86 % jugeait la mise en place de projet de sortie « difficile » pour les résidents vieillissants.

¹ CREAI Pays de la Loire (2023), *Etude sur les pensions de famille et résidences accueil en Pays de la Loire*, [<https://www.creai-pdl.fr/etudes>].

En outre, 59 % des résidents des pensions de famille répondantes étaient âgés de 50 ans ou plus au 30/09/2022.

En 2024, la DREETS des Pays de la Loire a souhaité approfondir le sujet du vieillissement en pension de famille, en confiant au CREA des Pays de la Loire la réalisation d'une étude qualitative auprès des professionnels et résidents de pensions de famille de la région.

L'objectif général de la présente étude consiste à **mieux comprendre les problématiques rencontrées par les professionnels exerçant en pension de famille et en résidence accueil, quand ils accompagnent des personnes vieillissantes.**

Plus spécifiquement, trois axes ont été investigués :

- L'accompagnement de la perte d'autonomie des résidents vieillissant en pension de famille ;
- L'accompagnement de la fin de vie et du deuil en pension de famille ;
- L'accompagnement des départs de résidents vieillissants.



La méthodologie

L'étude s'appuie sur l'exploitation de plusieurs sources de données :

- Des entretiens menés auprès de professionnels exerçant en pension de famille et résidence accueil en Pays de la Loire ;
- Un entretien mené auprès de la chargée de Mission Interface du SIAO de Loire Atlantique (44) ;
- Des entretiens collectifs menés auprès de résidents âgés de 45 ans ou plus vivant en pension de famille ou en résidence accueil en Pays de la Loire.

1/ Les entretiens auprès de professionnels exerçant en pension de famille ou résidence accueil

Entre janvier et avril 2024, 15 professionnels de 11 pensions de famille et résidence accueil ont été interrogés :

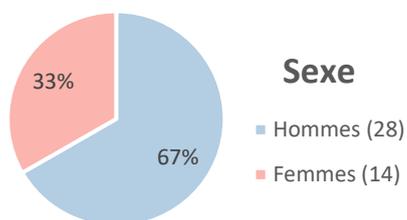
- Ces 15 professionnels exerçaient dans 11 structures différentes, dont 1 résidence accueil et 10 pensions de famille, gérées par 10 organismes gestionnaires différents.
- Parmi ces 15 professionnels, 3 étaient des responsables ou chefs de service, les autres exerçaient comme hôtes.
- Les 11 pensions de famille étaient implantées dans différents contextes géographiques dont :
 - 1 dans une commune appartenant à une unité urbaine de 2 000 à moins de 10 000 habitants ;
 - 6 dans une commune appartenant à une unité urbaine de 10 000 à moins de 50 000 habitants ;
 - 1 dans une commune appartenant à une unité urbaine de 50 000 à moins de 200 000 habitants ;
 - 3 dans une commune appartenant à une unité urbaine de plus de 200 000 habitants.

Lors de ces entretiens, les répondants étaient invités à décrire des situations d'accompagnement de résidents vieillissants. Au total, 42 situations ont été dépeintes, en incluant celles évoquées par la chargée de Mission Interface du SIAO 44.

CARACTERISTIQUES DES SITUATIONS DECRITES DANS LES ENTRETIENS AUPRES DES PROFESSIONNELLS

42

situations de résidents vieillissants décrites

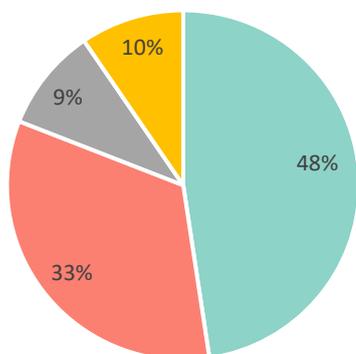


63 ans

Age moyen

* Age non précisé pour 4 personnes

46 à 74 ans



Situation au moment de l'enquête

- En pension de famille (20 situations)
- En établissement pour personnes âgées (EHPAD, résidence autonomie...) (14 situations)
- Décès (4 situations)
- Hospitalisation (4 situations)

11 pensions de famille interrogées

Dont 1 résidence accueil et 1 résidence mixte
10 organismes gestionnaires différents

+

Mission Interface SIAO 44

4 milieux géographiques différents :

- 4 situations dans une Commune appartenant à une unité urbaine de 2 000 à moins de 10 000 habitants ;
- 22 situations dans une commune appartenant à une unité urbaine de 10 000 à moins de 50 000 habitants ;
- 3 situations dans une commune appartenant à une unité urbaine de 50 000 à moins de 200 000 habitants ;
- 7 situations dans une commune appartenant à une unité urbaine de plus de 200 000 habitants.
- Contexte non connu pour 6 situations.

Afin de préserver l'anonymat des professionnels de pension de famille interrogés, nous indiquerons systématiquement à la fin de chaque verbatim l'expression « professionnelle de pension de famille » au féminin, même si les propos ont été tenus par un homme. La fonction d'hôte étant majoritairement occupée par des femmes, nous avons souhaité par cette formulation limiter le risque de reconnaissance indirecte des hommes exerçant en pension de famille.

2/ Les entretiens collectifs auprès des résidents de pension de famille

Entre juin et juillet 2024, 9 entretiens collectifs ont été réalisés dans 9 structures (8 pensions de famille et 1 résidence accueil), auprès de résidents âgés de 45 ans et plus.

Au total, 38 résidents ont participé à ces entretiens collectifs :

- Dont 31 hommes et 7 femmes ;
- Une moyenne de 61 ans, le doyen ayant 87 ans ;
- Avec une ancienneté au sein de la résidence allant de 1 mois à 15 ans.

Les entretiens collectifs se sont déroulés en présentiel, dans les locaux des structures, les résidents de plus de 45 ans pouvant participer sur la base du volontariat. Lors de ces entretiens, les participants devaient se prononcer vis-à-vis de différentes phrases (par exemple : aller vivre en maison de retraite, pourquoi pas ?) en expliquant si et pourquoi ils étaient d'accord ou non.

3/ Les travaux menés dans le cadre de la journée régionale des pensions de famille du 29 novembre 2024

Les résultats préliminaires de l'étude ont été présentés lors d'une journée régionale organisée par le CREAI des Pays de la Loire à la demande de la DREETS des Pays de la Loire le 29 novembre 2024, dédiée à la thématique du vieillissement. Les échanges au cours de cette journée, qui a rassemblé des professionnels, des résidents et des partenaires, ont aussi alimenté la présente étude.

Le compte-rendu de la journée régionale est disponible sur le site internet du CREAI des Pays de la Loire (rubrique « contenu des événements passés ») : <https://www.creai-pdl.fr/>

Les résultats de l'étude



Les résultats de l'étude ont été organisés en quatre axes :

- **Axe 1** : Ce que les résidents disent du vieillissement en général et de leur vieillissement en particulier ;
- **Axe 2** : Accompagner le maintien à domicile : difficultés, soutiens et limites ;
- **Axe 3** : Lorsque la possibilité du maintien à domicile est questionnée ou remise en cause ;
- **Axe 4** : Accompagner la fin de vie des personnes vieillissant en pension de famille.

La **conclusion** récapitule les principaux enseignements de l'étude. Des ressources permettant d'aller plus loin sur la thématique du vieillissement en pension de famille sont également citées.

Il convient de préciser aux lecteurs que les professionnels de pension de famille interrogés ont plutôt évoqué des situations complexes de vieillissement au sein des résidences dans les entretiens. Cela ne signifie pas pour autant que toutes les personnes qui vieillissent en pension de famille présentent ce type de profil ou de parcours.

En outre, nombre de constats dressés dans cette étude peuvent s'appliquer également à des résidents plus jeunes. Pour autant, les difficultés sont généralement accrues lorsque ces personnes vieillissent.

AXE 1 // Ce que les résidents disent du vieillissement en général et de leur vieillissement en particulier

Cet axe s'appuie sur l'analyse des entretiens collectifs menés auprès de résidents âgés de 45 ans et plus, durant lesquels ils se sont exprimés sur différents sujets relatifs au vieillissement. Le propos s'articule autour de 5 thèmes :

1. Les perceptions du vieillissement chez les résidents : un état de santé déclinant, une perte d'autonomie mais la revendication d'un sentiment de jeunesse ;
2. Prendre soin de sa santé physique et mentale, rester actif et engagé dans des relations sociales : les clefs du bien-vieillir aux yeux des résidents ;
3. Des perceptions plutôt positives des résidents vis-à-vis de leur accompagnement en matière de santé et de perte d'autonomie ;
4. Aller vivre en maison de retraite, pourquoi pas ? Des résidents qui expriment des points de vue nuancés sur la question ;
5. Des résidents qui ont anticipé leur fin de vie, d'autres qui ne veulent pas aborder ce sujet.



1/ Les perceptions du vieillissement chez les résidents : un état de santé déclinant, une perte d'autonomie mais la revendication d'un sentiment de jeunesse

1.1 La dégradation de l'état de santé physique, psychique et cognitive

La dégradation de l'état de santé est un thème central dans les perceptions du vieillissement des résidents interrogés. Ceux-ci mentionnent fréquemment les problèmes de santé physique, tels que le diabète, l'hypertension et l'arthrose, qui nécessitent des examens médicaux réguliers et la prise de médicaments.

« J'ai vu que je commençais à vieillir quand j'ai passé mes examens : cardiologue... Quand on vieillit, on est obligé de passer par le médical, pour voir comment ça va, si la carcasse va bien. Et malheureusement parfois il y a... J'ai appris que j'avais du diabète, de l'hypertension... » (résident).

« Le temps qu'on perd à aller voir le médecin ! Quand on est jeune, on s'en fout, mais là... » (résident).

La fatigue et les douleurs physiques sont aussi pour eux des signes marquants du vieillissement, qui limitent leur capacité à faire des activités.

« La douleur, c'est chiant. Ça vient comme ça, sans prévenir. Et là on se dit merde, je suis vieux, fait chier » (résident).

« On sent qu'on vieillit quand on a mal partout » (résident).

En plus des problèmes physiques, le déclin psychique et cognitif, comme la dépression et la perte de mémoire, affecte également leur qualité de vie. Ces éléments montrent que le vieillissement est souvent associé à une détérioration globale de la santé pour les résidents. Plus généralement, ceux-ci évoquent les changements corporels associés au vieillissement, qui peuvent minorer l'estime de soi :

« Le corps qui vieillit mal. C'est beaucoup physique le vieillissement. Plus que le moral. Mais ça joue sur le moral aussi » (résident).

1.2 La perte des capacités physiques, entraînant une diminution des activités

La perte des capacités physiques est une source de frustration pour les résidents, car elle entraîne une diminution des activités qu'ils pouvaient réaliser auparavant. Les résidents expriment leur difficulté à continuer des activités physiques comme la marche, le vélo ou encore les tâches ménagères. Cette perte de capacités physiques limite leur autonomie et leur capacité à rester actifs, ce qui peut affecter leur moral. Plusieurs résidents insistent sur leur parcours de vie parfois difficile, avec des problématiques de santé, d'addiction, de rue qui ont laissé des traces :

« Moi là je commence à prendre une bonne claque, je sens que j'ai forcé sur mon corps » (résident).

Cependant, certains résidents essaient de s'adapter à leurs nouvelles limitations en trouvant des activités qu'ils peuvent encore réaliser, comme les promenades ou les randonnées. Dans les entretiens, plusieurs insistent sur ce qu'ils peuvent encore faire, voulant démontrer que malgré la perte de capacités physiques, ils restent encore actifs dans certains domaines :

« Je marche avec une canne, mais je marche vite » (résident).

« On fait moins des choses qu'on faisait avant. On est un peu ralenti des fois. Je me rends compte que je vieillis mais j'accepte. Je suis actif, j'essaie de marcher » (résident).

1.3 La revendication d'un sentiment de jeunesse malgré le vieillissement

De nombreux résidents revendiquent un sentiment de jeunesse, un « *esprit jeune* » qui persisterait malgré la dégradation de leur état de santé et de leurs capacités physiques. Beaucoup soulignent l'importance de maintenir ce qu'ils décrivent comme « *un bon moral* » pour bien vieillir. Certains déclarent se sentir même mieux qu'à 20 ans du fait qu'ils sont aujourd'hui davantage entourés et accompagnés que lorsqu'ils étaient à la rue ou dans les structures d'hébergement.

« Je me sens jeune, je suis jeune encore. J'ai l'esprit gamin » (résident).

« Moi personnellement, je ne me sens pas trop vieillir. Après je suis assez jeune dans ma tête donc... » (résident).

« C'est mon corps qui dit que je suis vieux, mais moi j'en n'ai rien à battre, je suis pas vieux » (résident).

Cette résilience est présentée par certains comme essentielle pour contrer les effets négatifs du vieillissement. Garder un esprit positif, demeurer curieux et actif sont présentés comme autant d'ingrédients essentiels pour bien vieillir :

« On peut vieillir et avoir toujours l'esprit jeune. Bien s'occuper, se bouger un peu, marcher, pas rester assis toute la journée ou dormir. Il y a moyen de ne pas vieillir quoi. Quelqu'un qui commence à se renfermer sur lui-même, qui ne bouge pas, qui ne se lave pas et tout ça, il est foutu » (résident).

« Je m'intéresse encore à ce qu'il se passe autour de moi, c'est important » (résident).

Néanmoins, plusieurs résidents précisent que ce sentiment d'être jeune encore fluctue selon les jours, notamment lorsque les douleurs se font plus intenses ou que le moral vacille.

« Ça m'arrive un petit peu des fois de me sentir vieux. Ça dépend des jours. Quand des fois tu es un peu isolé. Quand je me sens seul » (résident).

« Je me sens vieux mais pas tous les jours. J'ai un cancer du poumon. Quand ça me fait mal, je me sens vieux. Ça me rappelle que j'ai tiré sur la corde quand j'étais plus jeune » (résident).

1.4 Un sentiment d'isolement qui peut s'exacerber à mesure qu'on vieillit mais contrebalancé par les liens sociaux au sein de la résidence

La solitude et le manque de contact familial ont été largement cités par les résidents interrogés. Certains évoquent l'absence ou le délitement des liens avec leurs enfants et petits-enfants, qui grandissent à mesure qu'eux vieillissent. Pour d'autres, ils ont perdu des proches :

« Moi j'y pense souvent à ça, à mon passé. Le problème, c'est la famille. Je ne vois personne. Je suis grand-père. C'est la vie. Je ne connais pas mes petits-enfants. Quand on voit pas sa famille, ses enfants, ses petits-enfants, c'est compliqué. Ils grandissent... » (résident).

« La perte de repères, j'ai un gros décalage avec mes enfants. Plus je vieillis, plus je me retire du jeu » (résident).

D'autres encore évoquent le décès d'amis, qui sont souvent des familles dites « *de cœur* » et dont la perte n'est pas sans impact émotionnel sur les résidents concernés. Outre le sentiment d'isolement qui peut s'accroître, le décès des amis et des proches ramènent ces résidents à leur propre mortalité.

« *On sent qu'on vieillit quand on voit la liste des copains et des copines qui sont décédés* » (résident).

« *On a vécu un sale moment parce que plein de copains sont partis. Beaucoup oui. En peu de temps. Ça chamboule la vie ça. Parfois on ne fait pas voir, mais ça choque* » (résident).

Plusieurs résidents mettent cependant en avant l'importance des liens et de la vie collective au sein de la résidence, remède efficace selon eux contre l'isolement.

« *Déjà en habitant ici, on s'ennuie moins. Il y a tout le temps des choses à faire. Ici on est comme chez soi. Comme dirait l'autre, c'est à la bonne franquette* » (résident).

1.5 Les craintes associées au vieillissement

Plusieurs craintes associées au vieillissement ont été décrites par les résidents interrogés. Ces craintes sont principalement liées à la perte d'autonomie et à la souffrance physique. Les résidents expriment leur peur de devenir dépendants et de ne plus pouvoir se déplacer ou réaliser des tâches quotidiennes. A cela s'ajoute l'incertitude de savoir comment ils vont vieillir, ce qui peut être source d'angoisse.

« *Je suis d'accord, ça fait peur. Quand tu vieillis, t'as moins... on fait moins de choses. Ça me fait peur. Quand tu vieillis, t'as envie de rien faire, plus faire à manger, le ménage, tout ça. On peut plus presque se laver tout seul, se laver. J'y pense, je pense à ça moi* » (résident).

« *Ça ne fait pas peur, mais plus je vieillis, plus j'y pense. Ça vient souvent le soir, on y pense. Vieillir c'est bien mais plus les années passent, on a la petite cloche là. C'est souvent le soir, on se dit, là j'arrive dans les âges où ça peut arriver n'importe quand, n'importe comment. Je ne dirai pas que ça fait peur, mais ça peut aussi angoisser en fait* » (résident).

La peur de souffrir physiquement et de développer des maladies graves est présente également.

« *J'ai peur de souffrir, d'apprendre que j'ai une maladie... Si c'est pour souffrir, oh non, allez hop, c'est bon... C'est la peur de souffrir. Mourir ça ne fait pas peur, mais c'est le fait de souffrir. Partir vite* » (résident).

« *Ce n'est pas le fait de vieillir qui me gênerait, c'est d'avoir une grosse maladie quand on arrive à un certain âge. C'est de souffrir. D'apprendre qu'on a une certaine maladie. Là...* » (résident).

Cependant, certains résidents déclarent accepter le vieillissement comme une étape ordinaire de la vie, qui nous concerne toutes et tous et qu'il faudrait ainsi accepter.

« *On vieillit mais de toute façon on n'a pas le choix. Je vieillis sans être vieille. De toute façon, avec le temps, on n'a pas le choix. On est obligé d'accepter tel que c'est. De toute façon, c'est dans l'esprit tout ça. Physiquement, t'es obligé de vieillir. T'as pas le choix. Faut s'y faire* » (résidente).

« *Non ça ne me fait pas peur [de vieillir], c'est la vie hein* » (résident).



2/ Prendre soin de sa santé physique et mentale, rester actif et engagé dans des relations sociales : les clefs du bien-vieillir aux yeux des résidents

Les résidents interrogés ont mis en évidence plusieurs aspects essentiels à leurs yeux pour bien vieillir. Les éléments mis en avant s'articulent autour de 6 points :

- Prendre soin de sa santé sur le plan somatique ;
- Rester actif physiquement ;
- Prendre soin de sa santé mentale, savoir se faire plaisir ;
- Entretenir, maintenir des relations sociales ;
- Rester engagé dans des activités ;
- Disposer de ressources financières suffisantes.

Ces 5 points montrent l'importance des démarches de prévention pour le bien vieillir, qui s'appuient sur une approche globale et positive de la santé des individus.

2.1 Prendre soin de sa santé sur le plan somatique

Les résidents soulignent l'importance de se soigner correctement pour vieillir en bonne santé, en prenant ses traitements et en réalisant des examens médicaux réguliers :

« Il faut faire le point médicalement. Pour pas mal d'entre nous, j'ai l'impression que le fait d'être ici, ça nous a boosté médicalement, que ce soit pour les yeux, tout ça » (résident).

« Je me soigne moi, j'ai des cachets. Ça me fait du bien, ça m'aide. Quand on vieillit, il faut bien se soigner, quand t'as des problèmes. Pour l'instant, ça va, je n'ai pas trop de problèmes de santé, mais après on ne sait pas, quand je vais prendre de l'âge, beaucoup d'âge » (résident).

2.2 Rester actif physiquement

L'activité physique est essentielle pour conserver son autonomie et se sentir jeune, expliquent plusieurs résidents. Ceux qui continuent à marcher, à faire des promenades ou à participer à des activités physiques indiquent moins ressentir les effets du vieillissement. Ajuster les activités à ses capacités permet de rester actif malgré les limitations physiques, d'où l'importance de pouvoir accéder à des sorties et loisirs accessibles et adaptés, au sein de la pension de famille et en dehors.

« Pour bien vieillir, il faut sortir, marcher, bouger. Jouer à la pétanque, ça fait travailler les muscles ! » (résident).

2.3 Prendre soin de sa santé mentale, savoir se faire plaisir

Prendre soin de sa santé mentale et garder un bon moral sont des éléments clés pour bien vieillir aux yeux de la majorité des résidents interrogés. Plusieurs précisent que le fait de vivre en pension de famille les aide précisément à maintenir ce bon moral, en se sentant bien chez soi, en étant entouré, avec des activités constamment proposées :

« Pour bien vieillir, il faut être très bien dans sa peau. Ça tourne toujours à la question du moral. A une époque, je n'avais pas le moral. Quand j'étais à la rue, j'y pensais pas du tout parce que je n'avais rien du tout » (résident).

Garder le moral, c'est aussi savoir se faire plaisir expliquent de nombreux résidents : à travers la nourriture, les loisirs, les sorties... Tout en équilibrant plaisir et bonne hygiène de vie rappellent certains :

« On s'entretient. Moi je m'entretiens. Je me fais plaisir, que ce soit en cuisine... ou liquide. Mais je ne bois que des vieux vins, je ne peux pas en acheter tous les jours. Mais j'aime bien un petit rosé de Loire... On est en été, on en profite ! Mais vu que j'ai du diabète et de l'hypertension, je n'abuse pas. Mais je me fais plaisir le dimanche par exemple » (résident).

D'autres insistent également sur l'importance à pouvoir encore se projeter dans l'avenir, à cultiver un esprit d'aventure car ils ont encore plein d'expériences à vivre :

« Pour bien vieillir, il faut accomplir peut-être les rêves encore qu'on a. A faire des projets. J'aimerais bien voyager à travers la France, parce que c'est super. Remonter le cours des rivières, me balader sur la route, prendre les petits chemins. La France, elle est trop belle » (résident).

« Pour bien vieillir, il faut avoir du temps pour philosopher. Voir ce qu'on a fait de sa vie, ce qu'on va peut-être en faire » (résident).

2.4 Entretenir, maintenir des relations sociales

Les relations sociales jouent un rôle crucial dans le bien-être des résidents interrogés. Maintenir des contacts réguliers avec sa famille, lorsque c'est possible, mais aussi avec les amis et les professionnels, cela aide à lutter contre la solitude et l'isolement. Les interactions sociales sont présentées comme essentielles pour maintenir un bon moral et prendre soin de sa santé mentale.

« La vie en communauté. Quand on est trop seul, on finit par déprimer. Et ça, c'est pas bien » (résident).

Il faut aussi, insistent plusieurs résidents, pouvoir se sentir à sa place dans un groupe, où l'on est respecté et écouté par les uns et les autres. C'est ce que permet la vie collective en pension de famille précisent-ils :

« Il faut être entendu par nos proches, le personnel, les copains et les copines » (résident).

« La liberté d'expression avec les gens avec qui on est. Pour faire des choses. Du genre aujourd'hui on fait ça, c'est comme ça et pas autrement. Bah non. Quand on est obligé, c'est non. Ici [à la pension de famille] on nous demande notre avis, on n'impose pas » (résident).

Les résidents mettent en avant l'importance du réseau d'entraide avec les autres locataires ou encore la proximité avec les professionnels de pension de famille, qui agissent comme des filets de sécurité lorsqu'ils rencontrent des difficultés :

« Les personnes ici [les résidents et les professionnels], elles font presque partie de ma vie. De les avoir ici c'est beaucoup plus facile qu'en appartement seul, car quand j'avais un problème administratif, je me mettais dans la merde seul, là on va au bureau c'est réglé » (résident).

2.5 Rester engagé dans des activités

Pour les résidents interrogés, il est important de se maintenir engagé dans des activités, pour contrer l'ennui et la déprime. Dit autrement, pour bien vieillir, il est important de s'occuper et de garder un intérêt pour le monde qui nous entoure. D'où l'importance de proposer une variété d'activités adaptées pour ces résidents.

2.6 Disposer de ressources financières suffisantes

Plusieurs résidents ont exprimé à quel point il était crucial de pouvoir disposer de ressources financières suffisantes pour bien vieillir. Ces ressources sont en effet essentielles pour accéder à un certain de niveau de confort et de bien-être, expliquent les répondants, dont certains ont été confrontés à une baisse de leurs revenus avec le passage à la retraite :

« Ce qui est important, c'est les revenus aussi. Ça fait un peu partie du bien vivre. Quand on travaillait on avait un peu plus de revenus. Mais à la retraite... C'est pas évident » (résident).

« Des sous. Si on n'a pas d'argent on ne peut pas vivre heureux. Ça c'est la logique » (résident).

Le manque de ressources financières n'est pas sans conséquence sur l'accès aux établissements pour personnes âgées, soulignent plusieurs résidents :

« [Pour bien vieillir, il faut] du pognon. De l'oseille ! Je dis ça en rigolant, je n'ai jamais couru après le pognon mais c'est net que déjà même l'histoire des maisons de retraite, c'est pas les mêmes quand t'as pas de thune que quand t'as de la thune » (résident).



3/ Des perceptions plutôt positives des résidents vis-à-vis de leur accompagnement en matière de santé et de perte d'autonomie

3.1 Des résidents qui se sentent plutôt bien accompagnés sur le plan de la santé, malgré des difficultés d'accès aux soins

A la question, « est-ce difficile de se faire soigner quand on vieillit ? », la très grande majorité des résidents interrogés répondent qu'ils ne sont pas d'accord. Il serait, d'après eux, plutôt facile de bénéficier d'une prise en charge² en matière de santé. Beaucoup insistent sur le fait qu'en vivant en pension de famille, ils accèdent plus facilement à un suivi médical régulier, contrairement à leur « vie d'avant » :

« Il y a une époque quand j'étais à la rue, j'allais jamais chez le médecin ! C'est selon la vie qu'on mène aussi. Maintenant, il n'y a plus de problème. Mais avant [la résidence accueil], j'avais rien. Je buvais beaucoup... J'avais des cachets pour la tension, je les prenais même plus. J'allais pas chez le médecin. Je serais mort si j'avais continué cette vie-là » (résident).

Certains soulignent le fait que l'implantation géographique de leur résidence est plutôt favorable à l'accès aux soins, avec des professionnels de santé (médecins, infirmiers, laboratoires médicaux, dentistes...) situés à proximité.

² Ce point de vue doit être contrebalancé avec les nombreuses difficultés et obstacles à l'accès aux soins relevés par les professionnels interrogés, qui sont présentés plus loin dans le rapport.

L'accompagnement des hôtes de pension de famille est décrit comme soutenant, même si plusieurs résidents précisent qu'ils savent aussi se débrouiller seuls pour certaines démarches, notamment grâce aux nouvelles technologies.

« [Les hôtes] m'aident un peu mais sinon je fais tout seul. Des fois quand il y a des trucs à faire, à envoyer par mail, à la tutelle ou au docteur, les filles [les hôtes] nous aident » (résident).

« [Les hôtes] nous emmènent [aux rendez-vous médicaux] et ça nous enlève un stress de se dire, comment je vais faire pour rentrer. Un moment j'y allais tout seul, mais moi j'aime bien qu'elles viennent car elles connaissent toute mon histoire. Et c'est bien pour pas que j'oublie certaines choses que me dit le médecin » (résident).

« Avec Mon espace santé [espace numérique sécurisé], on a accès à nos pathologies, on suit notre parcours avec le médecin traitant, c'est bien. Il n'y a pas de surprise. Dentiste, ophtalmo, tout est bien relié. Des fois je peux demander un conseil à [l'hôte] » (résident).

Plusieurs résidents ont également expliqué entretenir une bonne relation avec les professionnels de santé qui les accompagnent et qu'ils peuvent facilement solliciter pour des conseils. Plusieurs résidents apprécient lorsque leur médecin traitant se coordonne avec les autres spécialistes qui les accompagnent par ailleurs.

« En fait, il faut que ce soit bien pris en charge. Moi j'ai mon médecin traitant, il est relié avec d'autres médecins que je vois aussi, parce que chacun son parcours. Tout est relié. Donc ils sont bien coordonnés, informatisés. Donc c'est plus facile maintenant que dans le temps. Dans le temps c'était plus difficile pour moi » (résident).

Certaines pensions de famille ont mis en place des partenariats avec des cabinets infirmiers qui interviennent au sein de la résidence. Quelques résidents se sont exprimés sur ce fonctionnement, qu'ils décrivent comme très bénéfique car cela leur permet de solliciter très facilement un professionnel de santé. La relation de confiance semble ainsi très importante pour ces répondants.

« Il y a des infirmières qui viennent nous voir tous les jours. Le matin et le soir, pour donner les médicaments. Ce système d'infirmières qui a été mis en route, c'est pas mal. On peut leur demander pour une prise de sang, pour des points de suture, refaire des pansements après une opération... » (résident).

Les résidents ont tout de même évoqué quelques difficultés d'accès aux soins, parmi lesquelles figurent la présence d'addictions, la crainte de découvrir une pathologie lorsqu'on fait des examens médicaux...

« Beaucoup de médecins refusent les gens qui fument ou qui boivent de l'alcool » (résident).

« Moi j'ai peur du résultat donc je fais pas les tests de dépistage » (résident).

« Certaines personnes ont caché des choses et après bien sûr, il y a des gros problèmes, parce qu'elles n'ont pas parlé. C'est délicat, c'est pas facile de dire parfois, mais il faut mieux en baver un bon coup avec un traitement et puis après vivre tranquille » (résident).

Plusieurs soulignent néanmoins que le système français de sécurité sociale revêt l'avantage de permettre à quiconque d'accéder aux soins, contrairement à d'autres pays.

3.2 Un environnement qui peut permettre de bien vieillir selon les résidents, jusqu'à un certain point...

Les résidents interrogés mettent en avant le cadre favorable au bien vieillir que proposent les pensions de famille.

« [Enquêtrice] vous vous verriez vieillir ici ? [Répondant] Oui, parce qu'on a tout. On n'est pas malheureux. [L'hôte] s'occupe de nous. Elle nous emmène faire les courses. C'est une personne très agréable. On ne peut pas s'en passer. Elle nous aide beaucoup, les sorties, pour les papiers... Elle en connaît un rayon. Et on a des petits voyages, des barbecues... On ne peut pas dire qu'on nous laisse de côté. Il est agréable de vivre quand tout est calme. On vient jouer à la belotte, on va faire nos courses, on joue à la pétanque... » (résident).

« Nous sommes ici en pension de famille où on a chacun notre appart. On s'y trouve bien. Moi je suis heureux et je ne me sens pas vieillir plus que ça. C'est un mini paradis quoi. On ne peut pas taper comme ça du poing sur la pension de famille. Non. On a tout ce qu'il faut » (résident).

Globalement, la plupart des résidents estiment que les personnes âgées ont leur place au sein des pensions de famille, mais jusqu'à un certain point, c'est-à-dire tant qu'elles restent suffisamment autonomes. Pour les répondants, c'est surtout le manque d'accessibilité des locaux (escaliers...) qui pourrait conduire les personnes à devoir quitter la résidence.

« Les chambres sont en hauteur, l'autre appartement c'est des marches... C'est des questions d'investissement aussi, ça coûte. Et ça a été fait à partir d'un vieux bâtiment, c'est pas adaptable, tu peux pas changer comme ça » (résident).

L'état de santé est aussi déterminant pour les résidents. Certains se questionnent aussi sur la place des personnes âgées très isolées, qui ne sortent plus de leur logement, bien que les pensions de famille constituent pourtant des logements durables, sans limitation de durée :

« A la base, on n'est pas une maison de retraite, c'est ça qu'il faut dire aussi. On est là pour rebondir, c'est le but. C'est pas pour rester toute sa vie. Enfin tu peux... Mais... Si c'est pour rester dans son lit... » (résident).

3.3 Richesse et défis de la mixité intergénérationnelle au sein des pensions de famille

La mixité intergénérationnelle est perçue positivement par de nombreux résidents interrogés, qui apprécient les échanges entre générations. La présence de jeunes apporte selon eux de la gaieté et de la distraction, créant une ambiance familiale et dynamique. Cela permet de se confronter à d'autres visions du monde, expliquent plusieurs répondants.

« Les discussions ne sont pas les mêmes, ces jeunes ont des avis différents, c'est bien. Moi je trouve que c'est bien d'être mélangé. Si on ne se mélange pas, on n'a pas d'échanges. C'est bien d'avoir des échanges avec des gens différents » (résident).

« C'est la diversité. On est content d'avoir eu ce petit jeune qui est venu. C'est agréable. Ça met de la gaieté, de la distraction. Ça fait des liens familiaux. Il ne faut pas toujours rester comme ça. Il faut du sang neuf » (résident).

Le manque de mixité générationnelle est critiqué par plusieurs répondants. Se retrouver uniquement entre personnes plus âgées est associé à de la monotonie.

« Ça me gênerait un peu si on était que des gens de 50 ans et plus. Là c'est varié, on peut causer de plein de choses. Les jeunes écoutent des musiques, je comprends rien mais c'est le respect. On écoute. Et quand ils nous entendent parler, ils nous respectent quoi. C'est plus varié avec des jeunes. Avec trop de gens âgés, ça rend taciturne » (résident).

« Si on avait un peu de jeunesse ici, on pourrait partager notre expérience ! Mais on n'en a pas. S'il y avait des jeunes qui venaient partager notre vie ici, on ne dirait pas non » (résident).

Cependant, la cohabitation avec les jeunes peut aussi présenter des défis. Les différences de mode de vie, comme la musique forte, peuvent créer des tensions. Certains résidents trouvent la cohésion difficile avec les jeunes, ce qui peut affecter l'harmonie au sein de la pension de famille. Quelques-uns ne se sentent pas suffisamment respectés par des résidents plus jeunes.

« La jeunesse actuelle... Quand il y a de l'éducation, ça se sent, ça se voit, ils nous respectent. Mais les trois quarts... On est des vieux, des machins... » (résident).

Quelques répondants expliquent se sentir en décalage avec « les jeunes d'aujourd'hui ». Ils n'ont pas connu les mêmes parcours de vie. Les problématiques qu'ils rencontraient à leur âge ne sont plus les mêmes aujourd'hui. Et à l'inverse, d'autres résidents apprécient de pouvoir faire bénéficier aux plus jeunes de leur expérience de vie, notamment au regard de certaines problématiques telles que les consommations de drogues. C'est un rôle valorisant pour eux au sein de la résidence :

« La mixité oui, moi je suis pour. Vous avez plus de vie qu'un gamin quand même, donc vous pouvez lui montrer certaines choses. Ça peut faire plaisir aussi de pouvoir éduquer, tout ça dans une bonne ambiance » (résident).

« Des fois je leur dis arrête ça, les stupéfiants car moi aussi j'en ai pris et j'ai dit tu vas finir comme moi » (résident).

« On a tous un passé, un vécu. On peut partager les erreurs qu'on a faites aussi » (résident).



4/ Aller vivre en maison de retraite, pourquoi pas ? Des résidents qui expriment des points de vue nuancés...

Allez en vivre en maison de retraite, pourquoi pas ? Cette question a été posée aux résidents ayant participé aux entretiens collectifs. L'analyse de leurs réponses offre une compréhension approfondie des perspectives des résidents sur leur vieillissement et la vie en maison de retraite, mettant en lumière un certain nombre de dilemmes et de préoccupations qui influencent leurs choix. Ces points s'organisent en 3 thèmes :

- La santé et l'autonomie comme facteurs déterminants dans la décision d'aller vivre en établissement pour personnes âgées ;
- Une forme de liberté et une vie collective en pension de famille que les résidents ont peur de perdre en allant vivre en établissement pour personnes âgées ;
- Des perceptions différenciées des maisons de retraite selon les résidents.

On retiendra de leurs propos que ces résidents sont loin de s'opposer catégoriquement à l'idée d'aller vivre en maison de retraite, bien que la plupart souhaite aussi rester autant que possible dans la pension de famille, tant que leur autonomie le leur permettra. A noter que nous n'avons pas interrogé de résidents actuellement en établissement pour personnes âgées qui auraient vécu par le passé en pension de famille.

4.1 Santé et autonomie, deux facteurs déterminants dans la décision d'aller vivre en établissement pour personnes âgées

L'état de santé est un facteur déterminant dans la décision de quitter la pension de famille pour aller vivre en maison de retraite, tout comme l'autonomie. Les résidents expriment que leur capacité à rester autonome influence fortement leur choix. Beaucoup mentionnent que tant qu'ils ont une santé qu'ils jugent « *correcte* » et qu'ils peuvent encore se déplacer, s'occuper d'eux et de leur logement, ils préfèrent rester dans la pension de famille. Mais ils n'écartent pas la possibilité de devoir un jour intégrer une maison de retraite.

« Moi ça dépend de ma forme. Si je ne suis plus bon à rien, ouais, il faut me mettre en maison de retraite. Après, tant que j'ai la santé, que je peux bouger non. Mais je pense que j'irai quand même un jour » (résident).

« Je voudrais rester un peu plus longtemps encore, je peux faire mon travail, à manger, le ménage, tout ça... Je ne suis pas encore rendu. J'ai 55 ans, je suis jeune hein. Quand je prendrai un peu plus d'âge, on verra » (résident).

« Si on n'est plus autonome, ici c'est pas adapté. Il y a que la maladie qui peut nous envoyer là-bas, nous faire partir de la pension de famille » (résident).

Si quelques résidents s'opposent fermement à l'idée d'aller vivre en établissement pour personnes âgées, la plupart des répondants reconnaissent que si leur santé se détériore au point de ne plus pouvoir s'occuper d'eux-mêmes, ils seraient obligés de quitter la pension de famille. Cette perspective est souvent accompagnée d'une certaine résignation, ces résidents expliquant qu'il s'agirait là d'une étape de la vie à laquelle on ne peut pas vraiment se soustraire, qualifiée par certains de « *dernière demeure* ». Plusieurs précisent cependant qu'ils ne sont « *pas pressés d'en arriver là* » pour autant.

« La maison de retraite, c'est la dernière étape... Tout ça, c'est une question de santé. Si la santé va plus, on est obligé... Je ne pourrai pas rester là. Mon état de santé va impeccable pour l'instant, mais si ça venait à se dégrader... » (résident).

Plusieurs résidents insistent sur le fait qu'ils ne peuvent pas savoir s'ils iront un jour ou non en maison de retraite. L'avenir est incertain, expliquent-ils, et on ne peut pas dire si l'on devra ou non quitter la pension de famille. Ces propos ont souvent été mentionnés en réaction aux affirmations de certains résidents déclarant qu'ils n'iraient jamais en établissement pour personnes âgées.

« On ne peut pas dire ça vraiment, on ne sait pas ce que l'avenir nous réserve. On ne peut pas dire qu'on n'ira jamais en maison de retraite, parce que dans un mois peut-être qu'on sera complètement... Peut-être que ça peut arriver » (résident).

Certains précisent aussi qu'ils ne veulent pas devenir une charge pour les autres, qu'il s'agisse des autres locataires, des professionnels ou encore de leur famille, le cas échéant.

« Je ne suis pas contre d'aller en maison de retraite, pas du tout. Je n'ai pas spécialement une bonne image mais si tu es bien prise en charge... C'est ça qui compte. Je suis pas pressée mais je ne suis pas contre. Pour ne pas faire de poids, de contraintes pour mes gosses » (résident).

« C'est aussi par rapport aux autres, il ne faut pas freiner le groupe. Quand il y aura des problèmes qui arrivent, par exemple uriner comme ça, rester ici c'est pas possible. Je pense qu'il y a un moment donné, on peut plus s'occuper de soi-même, donc on est obligé d'aller en maison de retraite. Donc pourquoi pas » (résident).

D'autres encore expliquent qu'ils n'ont pas de proche pour s'occuper d'eux et qu'ils n'auront d'autres choix que d'aller vivre dans un établissement adapté :

« J'ai pas de femme, j'ai pas d'enfant. Donc il n'y a personne qui pourra s'occuper de moi. Donc le mieux serait de me mettre en maison de retraite. Enfin que JE me mette en maison de retraite [rire] » (résident).

4.2 Une forme de liberté et une vie collective en pension de famille auxquels les résidents sont fortement attachés

Plusieurs résidents expliquent apprécier les activités et la socialisation propres au fonctionnement de la pension de famille. Ils sont particulièrement attachés au fait que la participation aux activités n'est pas imposée, qu'ils peuvent choisir d'y participer ou non. En pension de famille, les résidents vivent dans leur propre logement. Ils décident de leurs horaires, de leurs sorties et activités, comme tout un chacun, dans le respect du règlement intérieur de la résidence. La liberté de mouvement et l'indépendance sont pour eux des aspects importants de la vie en pension de famille, et les résidents craignent de perdre ces avantages en maison de retraite, où les horaires et les activités peuvent être plus strictement réglementés. Certains vont jusqu'à comparer ces établissements à des prisons, montrant l'importance pour ce public de pouvoir évoluer dans un cadre suffisamment souple :

« Nous on est bien [ici dans la pension de famille] ! Et puis on est libre, on fait ce qu'on veut. En maison de retraite, ce n'est pas le cas... On veut être indépendant le plus longtemps possible. Moi j'aime ma liberté, je vivrais mal d'être enfermé » (résident).

« La maison de retraite, c'est une prison pour moi. S'il y a une activité, c'est celle-là, à telle heure, tel jour. Il y a des contraintes. En maison de retraite, t'as des heures pour manger, pour boire. T'as pas le choix. Si c'est 6h pour aller au lit, c'est 6h. Chez moi, je regarde un film le soir. Alors que dans la maison de retraite, tu peux pas. C'est pas une vie » (résident).

Certains résidents craignent aussi de se retrouver en situation d'isolement en maison de retraite.

« Hors de question ! Je préfère mourir plutôt que d'aller dans un truc comme ça [en maison de retraite]. Moi j'aime pas être seul entre quatre murs » (résident).

4.3 Des perceptions différenciées des maisons de retraite selon les résidents

En fonction des résidents interrogés, les perceptions associées aux maisons de retraite peuvent être très différentes, certaines très négatives comme on vient de le voir dans la section précédente, d'autres plus nuancées. Plusieurs répondants assimilent volontiers les maisons de retraite à des mouiroirs, c'est-à-dire des lieux qui ne seraient plus des lieux de vie, mais plutôt des établissements où les personnes âgées attendent la mort.

« J'ai visité quelques maisons de retraite. Suivant certaines, déjà rien qu'à l'odeur... On imagine quoi. Ça se voit les gens quand ils sont pas heureux. Ils attendent vraiment la mort. Donc moi non. J'attends je sais pas quoi mais pas vraiment la mort » (résident).

Outre cette image tenace de mouiroir, les résidents associent également les maisons de retraite à une forme d'isolement et d'entre-soi. Ils craignent que la vie y soit monotone et isolante, et préfèrent éviter ces lieux où

l'on ne rencontrerait que des grabataires. Plusieurs soulignent aussi la moyenne d'âge élevée dans ces établissements.

« D'être enfermé avec d'autres personnes âgées, non ça ne me plaira pas » (résident).

« Je n'aime pas les maisons de retraite car on rencontre que des personnes âgées. Je ne veux pas me retrouver avec d'autres plus vieux » (résident).

Certains résidents expriment des préoccupations concernant les conditions de vie en maison de retraite, là aussi souvent perçues négativement. Plusieurs rapportent de mauvaises expériences vécues par des proches ou bien dans le cadre de leur exercice professionnel, certains ayant travaillé par le passé en EHPAD. D'autres évoquent les divers scandales de maltraitements relayés par la presse ces dernières années.

Ces représentations négatives des maisons de retraite renforcent le désir de ces résidents de rester en pension de famille aussi longtemps que possible, voire d'y finir leurs jours.

Cependant, d'autres répondants expriment un point de vue différent et plus nuancé vis-à-vis des maisons de retraite. Plusieurs expliquent que ces établissements ont beaucoup évolué et que certaines représentations négatives sont aujourd'hui dépassées.

« Il y a de beaux petits endroits maintenant. Si, maintenant c'est bien [les maisons de retraite] par rapport à avant. Fût un temps, c'était pas comme ça. Maintenant ça a évolué » (résident).

Plusieurs résidents encouragent à aller visiter ces lieux, pour se rendre compte de la réalité et aller au-delà des stéréotypes, même si aller vivre en maison de retraite n'est pas un projet imminent pour eux :

« Tu es déjà allé dans une maison de retraite ? Non ? Bah va ! T'as pas que des éclopés ! Il faut aller voir, il faut aller visiter. Il y en a qui sont bien maintenant. J'ai ma mère qui y est et elle est bien » (résident).

Ces résidents rappellent également qu'il y a différents types d'établissements, en fonction des profils et du niveau d'autonomie des personnes. Ainsi, certains lieux accueillent des personnes encore assez autonomes (par exemple dans les résidences autonomie) dans un cadre semi-collectif, avec des activités et une certaine liberté de mouvement, comme l'explique ce répondant :

« Dans les maisons de retraite, il y a des personnes qui sont en forme, qui font des activités. Quand ils sont seuls, ils ne peuvent plus gérer les choses et ils préfèrent aller dans une maison de retraite... Et c'est bien. Il ne faut pas confondre maison de retraite et EHPAD. En maison de retraite, vous faites ce que vous voulez. Si vous voulez partir la journée, vous partez la journée. Il n'y a aucune contrainte. Tu fais ce que tu veux » (résident).



5/ Des résidents qui ont anticipé leur fin de vie, d'autres qui ne veulent pas aborder ce sujet

Plusieurs résidents déclarent avoir déjà préparé les démarches relatives à leur fin de vie. En fonction des personnes, les interlocuteurs sont divers : mandataire judiciaire, notaire, conseiller bancaire, hôte de pension de famille... La plupart expliquent qu'ils ne veulent pas être une charge pour les autres au moment de leur décès, qu'il s'agisse de leurs enfants ou de leurs proches. Avoir anticipé les choses, notamment les dépenses nécessaires, leur procure un certain soulagement.

« Moi je veux que quand je suis décédé, je fasse chier personne » (résident).

« Moi j'en ai parlé, parce que moi j'ai pas d'enfants, je suis toute seule. J'ai perdu tout le monde. Je sais déjà quand je vais mourir ce que je fais. J'ai vu ça, j'ai déjà payé mes obsèques et tout. Comme ça tout est fait, il n'y a personne qui s'occupe de quoi que ce soit, tout est payé, préparé. J'ai tout préparé à l'avance. Ils sont au courant les professionnels de la pension de famille. J'ai déjà choisi mon cercueil, j'ai pris le moins cher. Incinération, comme ça, il n'y aura pas de concession à payer ! » (résident).

« Moi, c'était avec ma banque, j'ai fait un contrat obsèques. Mais je crois que c'est bien quand même de le faire. Comme je suis tout seul. Enfin, j'ai des frères et sœurs mais c'est pas aux autres de payer mon enterrement, c'est à moi de gérer ça. Donc je prépare et le jour où ça arrivera, tout sera payé. C'est moi qu'ai fait la démarche vers la banque » (résident).

Plusieurs expriment une forme d'acceptation, voire de résignation face à leur mortalité. La mort arrivera un jour ou l'autre, il faut donc s'y préparer, même si le sujet peut être angoissant :

« J'en ai parlé à ma curatrice, je veux être enterré à côté de mes parents. C'est elle qui m'a posé les questions, on a fait un résumé. J'y pense à la mort des fois. Il faut toujours être optimiste, mais on n'est pas éternel. Il faudra tous un jour ou l'autre penser à ça. En vieillissant, on commence à y penser un peu plus. C'est bon, je veux pas en dire plus sur ce sujet » (résident).

D'autres résidents y pensent mais préfèrent attendre le bon moment pour entreprendre les démarches. Ils se disent néanmoins qu'ils devront en parler à un moment donné :

« C'est pas un truc qui me... Non. Dès que je sentirai que... Dès que le médecin me dira que c'est... faudra vous attendre à... Je ferai une lettre. Parce que je suis très bien installé, j'ai du matériel. J'y veillerai mais pas maintenant. Je ne me sens pas diminué ou quoi que ce soit » (résident).

Quelques résidents enfin expliquent lors des entretiens ne pas vouloir entreprendre de démarches relatives à la fin de vie. Certains justifient ce refus par la peur que cela suscite chez eux. D'autres n'expriment pas de raisons particulières.

« Moi c'est la peur, c'est la peur qui me fait reculer » (résident).

« Je n'ai plus de contact avec mes enfants donc je m'en fous. Quand je serai parti, je serai parti et puis voilà » (résident).

« Alors là non, c'est même pas la peine... » (résident).

AXE 2 // Accompagner le maintien à domicile : difficultés, soutiens et limites des professionnels en pension de famille

Ce deuxième axe s'appuie sur l'exploitation des entretiens réalisés auprès des professionnels de pension de famille, durant lesquels ils ont exposé 42 situations d'accompagnement de résidents vieillissants. Dans cet axe, on s'intéresse aux difficultés, soutiens et limites rencontrés par ces professionnels en matière d'accompagnement au maintien à domicile de ces résidents vieillissants.

On rappellera que les professionnels interrogés ont plutôt évoqué des situations complexes et/ou les situations pour lesquelles ils ont rencontré le plus de difficultés. Toutes les personnes vieillissant en pension de famille ne présentent pas forcément les profils tels que décrits dans les entretiens.

Cet axe s'articule autour de trois thèmes :

1. L'accompagnement des résidents vieillissants en matière de santé ;
2. L'accompagnement de la perte d'autonomie ;
3. Les interrogations soulevées par les situations accompagnées concernant le rôle des hôtes, le sens et les limites de leur accompagnement.



1/ Accompagner les résidents vieillissants en matière de santé

1.1 Des besoins en santé importants et multiples

Quand les personnes viennent habiter en pension de famille, « *elles se posent enfin, parfois après un long parcours de rue* » expliquent les professionnels de pension de famille interrogés. En accédant à un logement pérenne, couplé à la mise en place d'un accompagnement, ces personnes peuvent alors commencer à prendre davantage soin d'elles et de leur santé. C'est d'ailleurs, précisent plusieurs professionnels rencontrés, parfois à l'occasion de leur emménagement dans la résidence que des problèmes de santé non diagnostiqués jusque-là sont mis en lumière, voire s'accroissent.

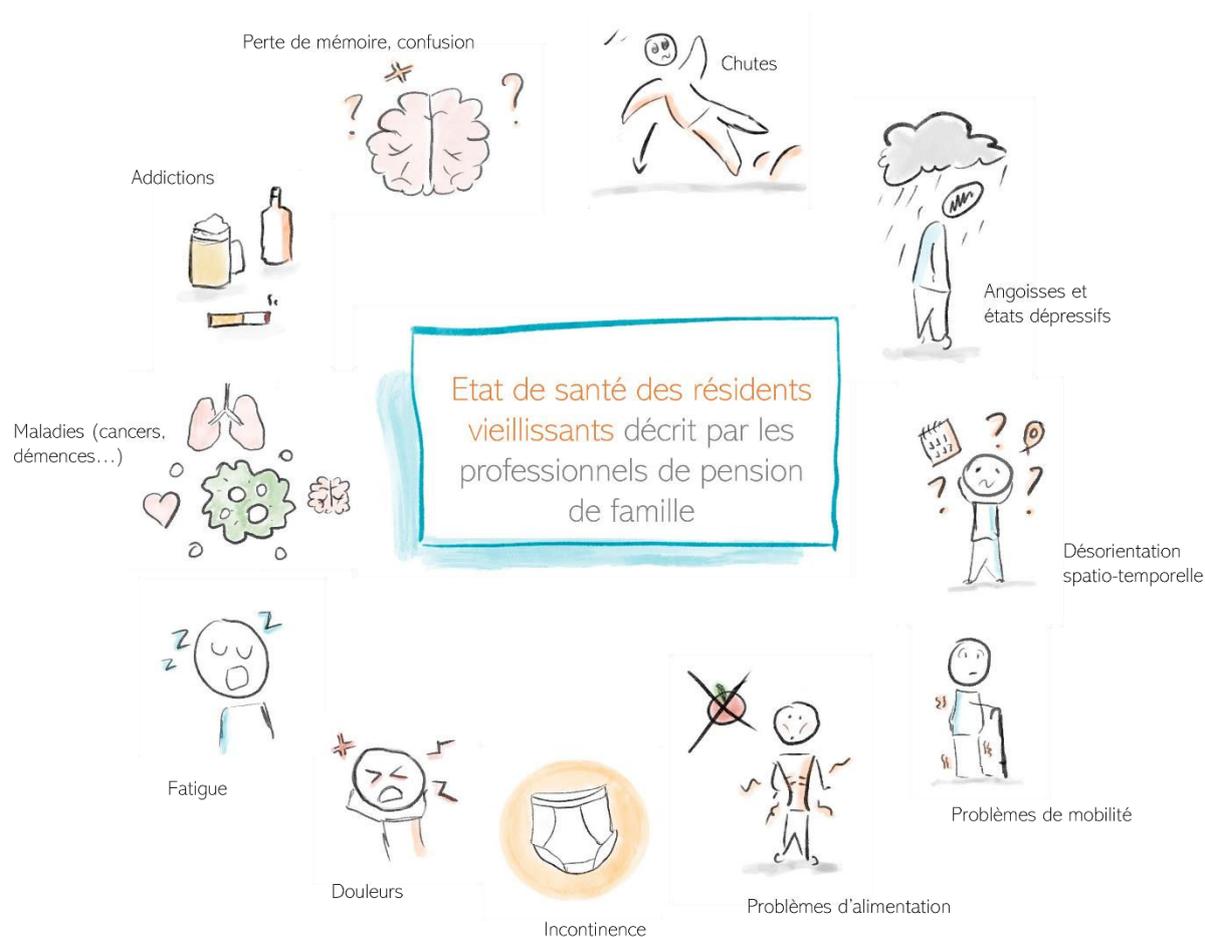
L'état de santé des résidents vieillissants est souvent décrit par les professionnels de pension de famille interrogés comme fragile, avec un cumul de plusieurs problématiques de santé plus ou moins intriquées, nécessitant souvent un suivi médical devant être assuré par une diversité de spécialistes. Notons que ce suivi médical n'est pas toujours mis en place ou alors seulement de manière partielle, les résidents vieillissants rencontrant de nombreux obstacles à l'accès et au maintien d'une prise en charge médicale.

« Il avait de gros problèmes cognitifs, mémoire courte, il oubliait tout au bout de 20 minutes. Mais sa mémoire ancienne était bien présente. Pathologie : artères bouchées sur 70 % de son corps. Des problèmes de déplacement, fatigabilité très rapide, des problèmes pour s'orienter dans l'espace, dans le temps, prendre une douche... » (professionnelle de pension de famille).

« Ce qu'on constate depuis deux ans, c'est une dégradation sur le plan des facultés cognitives. Il y a l'évolution de la maladie psy mais aussi les alcoolisations qui ont pu jouer. Des problèmes de repères dans le temps et dans l'espace. Des angoisses importantes » (professionnelle de pension de famille).

Les professionnels de pension de famille interrogés soulignent la difficulté d'identifier parmi les problèmes de santé ce qui relève des troubles psychiques, d'une éventuelle pathologie, d'une problématique d'addiction ou des effets du vieillissement.

Figure 1 : Problématiques de santé rencontrées par les résidents vieillissants, décrites par les professionnels de pension de famille interrogés



Sources : Enquête auprès des professionnels de pension de famille (2024), réalisation CREAI Pays de la Loire.

A noter que tous les résidents vieillissants dont les parcours ont été évoqués dans les entretiens ne rencontrent pas l'ensemble de ces problématiques de santé. Certains sont concernés par une seule de ces problématiques, d'autres en cumulent plusieurs.

Les problématiques d'addictions : elles sont présentes dans au moins une situation sur deux³ parmi les 42 parcours évoqués dans les entretiens avec les professionnels. Dans la plupart des cas, il s'agit d'addictions à l'alcool et au tabac. Ce sont souvent des problématiques installées depuis plusieurs années, parfois depuis l'adolescence, pour lesquelles certains résidents sont suivis et d'autres non. La consommation massive d'alcool est souvent décrite par les professionnels comme ayant de profondes répercussions sur l'état de santé des résidents vieillissants, entraînant des pertes de mémoire, des risques accrus de chutes...

Les pertes de mémoire, les états de confusion : « On s'est rendu compte que la mémoire partait à vive allure. On lui parlait, 30 secondes après il ne se souvenait plus de ce qu'on lui avait dit » explique une professionnelle. Ces difficultés ont été citées dans plus d'un tiers des situations.

³ Dans plus d'une situation sur deux, les professionnels interrogés ont explicitement signalé une problématique d'addiction. Il est cependant possible que ces problématiques n'aient pas été mentionnées pour certaines situations, bien que les résidents concernés y soient confrontés. C'est pourquoi nous indiquons qu'au moins une situation sur deux est concernée.

Les chutes : elles concernent au moins un tiers des situations décrites. Les causes des chutes sont plurielles. Elles peuvent être liées à une pathologie altérant la mobilité ou l'équilibre, à la consommation d'alcool ou de stupéfiants, à un état de dénutrition, à l'usage de certains médicaments, aux conséquences d'une blessure, d'une opération... Source d'inquiétude pour les professionnels, elles mettent souvent à mal les possibilités de maintien à domicile.

Les angoisses, les états dépressifs : dans plus d'un tiers des situations, les professionnels interrogés décrivent l'apparition, voire l'accentuation d'angoisses et d'états dépressifs chez les résidents vieillissants. Des changements de comportement (apathie, colère...) peuvent être également observés.

La désorientation spatio-temporelle : les résidents vieillissants peuvent présenter des difficultés à s'orienter dans le temps et/ou dans l'espace. Certains peuvent se perdre, avoir du mal à s'orienter ou à se retrouver dans le temps. Ces difficultés ne sont pas sans conséquence sur l'organisation et le suivi des rendez-vous médicaux des personnes.

Les problèmes de mobilité : les déplacements au sein de la résidence et à l'extérieur peuvent s'avérer difficiles pour les résidents vieillissants, certains acceptant de recourir à des aides techniques (canne, déambulateur...) et d'autres non. Ces difficultés peuvent être accentuées lorsque les locaux de la résidence ne sont pas ou peu adaptés aux personnes à mobilité réduite.

Les problèmes d'alimentation : les résidents vieillissants peuvent être confrontés à des problématiques de sous-nutrition et/ou à des risques d'intoxication alimentaire du fait de la consommation d'aliments avariés.

L'incontinence : dans un peu moins d'un quart des situations, une problématique d'incontinence a été mentionnée par les professionnels interrogés.

Les douleurs et/ou la fatigue : dans la plupart des situations, les résidents vieillissants sont confrontés à l'expérience de la douleur et/ou présentent une fatigabilité accrue, entraînant notamment des difficultés à participer aux activités organisées au sein et en dehors de la résidence.

La présence de maladies : dans la plupart des situations décrites, les résidents vieillissants présentent des pathologies (cancers, maladies respiratoires, problèmes cardiaques, diabète, maladies neurologiques : Parkinson, Korsakoff, démences...). Ces pathologies sont parfois diagnostiquées ou en cours de diagnostic. D'autres sont suspectées sans que des examens médicaux complémentaires n'aient été menés.

⇒ **Ce portrait de l'état de santé des résidents vieillissants révèle des besoins de santé accrus.**

1.2 Des signes du vieillissement qui arrivent tôt, avec une dégradation parfois brutale de l'état de santé

L'ensemble des professionnels de pension de famille interrogés décrivent un vieillissement précoce chez les résidents concernés, avec des problématiques de santé associées à l'avancée en âge qui apparaissent dès la cinquantaine, voire avant.

« Physiquement, il est très abimé, il fait beaucoup plus vieux. Il fait facilement 30 ans de plus, on dirait un papy de 80 ans [alors qu'il a 58 ans]. Quand on le voit marcher, on a l'impression que c'est un brin d'herbe qui va tomber » (professionnelle de pension de famille).

« Ce sont les mêmes difficultés que pour les personnes âgées mais pour des publics qui ont à peine 50 ans, avec des chutes, des blessures... » (professionnelle de pension de famille).

Pour les professionnels interrogés, les parcours de vie antérieurs et les habitudes de vie (anciennes et actuelles) des personnes contribuent très largement à l'apparition prématurée des effets du vieillissement. Ils citent notamment la consommation répétée et/ou massive de certains produits (tabac, alcool, drogues...), la prise de traitements médicamenteux sur de longues périodes, des parcours de rue, des conditions de vie difficiles, des suivis médicaux partiels voire inexistantes, la précarité sociale et économique...

« Les gens sont beaucoup plus abîmés, au vu du parcours avant la pension de famille » (professionnelle de pension de famille).

« On sent que le corps fatigue, moins de force. On sent que ce passage à la rue abîme davantage et prématurément les personnes » (professionnelle de pension de famille).

Dans plusieurs situations, les professionnels de pension de famille interrogés décrivent une dégradation brutale de l'état de santé de la personne, entraînant une perte accélérée de son autonomie et faisant alors revêtir à la situation un caractère d'urgence. Ces situations peuvent, dans certains cas, aboutir rapidement au décès de la personne, mais aussi à des hospitalisations parfois de courte ou de longue durée. Dans d'autres cas, notamment lorsque la personne refuse d'être hospitalisée, cette situation définie pourtant comme relevant de l'urgence peut durer dans le temps, les professionnels de la pension de famille assistant alors à une détérioration continue de l'état de santé du résident, souvent reclus dans son logement.

« Il a eu des hauts et des bas mais son état s'est dégradé d'un coup. Il s'est mis à consommer de plus en plus. Plus il s'alcoolisait, plus il se dégradait » (professionnelle de pension de famille).

« Son corps a lâché du jour au lendemain. On n'aurait pas du tout imaginé qu'il allait décéder dans la nuit » (professionnelle de pension de famille).

1.3 De nombreuses difficultés d'accès et de maintien d'un suivi médical

En dépit de leurs besoins accrus en matière de santé, les résidents vieillissants font face à de nombreuses difficultés pour accéder et maintenir une prise en charge médicale. Nous présentons ici les principaux obstacles mentionnés lors de l'enquête auprès des professionnels de pension de famille. A noter que ces freins peuvent aussi concerner des résidents plus jeunes, mais les professionnels interrogés soulignent que les besoins en santé sont souvent plus aigus lorsqu'il s'agit de personnes vieillissantes.

La mise en place souvent tardive de la prise en charge médicale

Lorsqu'une personne emménage dans la pension de famille, il est souvent nécessaire de remettre en place un suivi médical. Les parcours de soins antérieurs des résidents sont souvent erratiques, voire inexistantes. Il n'est pas rare que certains n'aient pas consulté de professionnel de santé depuis de nombreuses années. La première étape consiste souvent à trouver un médecin traitant, puis à réaliser des examens médicaux complémentaires.

Pour des résidents qui emménagent dans la pension de famille autour de 50 ans, ou plus âgés, la reprise d'un parcours de soins après de longues années peut révéler des affections n'ayant pas été prises en charge suffisamment tôt et dont l'aggravation nécessite alors une prise en charge plus complexe et/ou intensive.

La mise en place d'une prise en charge médicale adaptée peut prendre du temps, y compris après l'arrivée de la personne au sein de la résidence, pour plusieurs raisons détaillées dans les sections suivantes. Cette professionnelle de pension de famille évoque une prise en charge médicale tardive qui a finalement permis

d'identifier de graves problèmes de santé, pour lesquels la personne ne pourra peut-être pas recevoir les soins nécessaires, du fait de l'état de gravité avancé des pathologies dont elle souffre.

« Il y a eu plusieurs passages aux urgences avant une « vraie prise en charge ». Et puis finalement on a appris que son cœur était nécrosé, des artères bouchées et un cancer du poumon. Là on est encore sur des examens médicaux. Certaines fibroscopies ont été refusées parce que son cœur était trop fragile. On est là en train de chercher à savoir s'il va pouvoir se faire opérer de son artère bouchée, savoir si l'anesthésie va être possible » (professionnelle de pension de famille).

Le manque de professionnels de santé sur le territoire

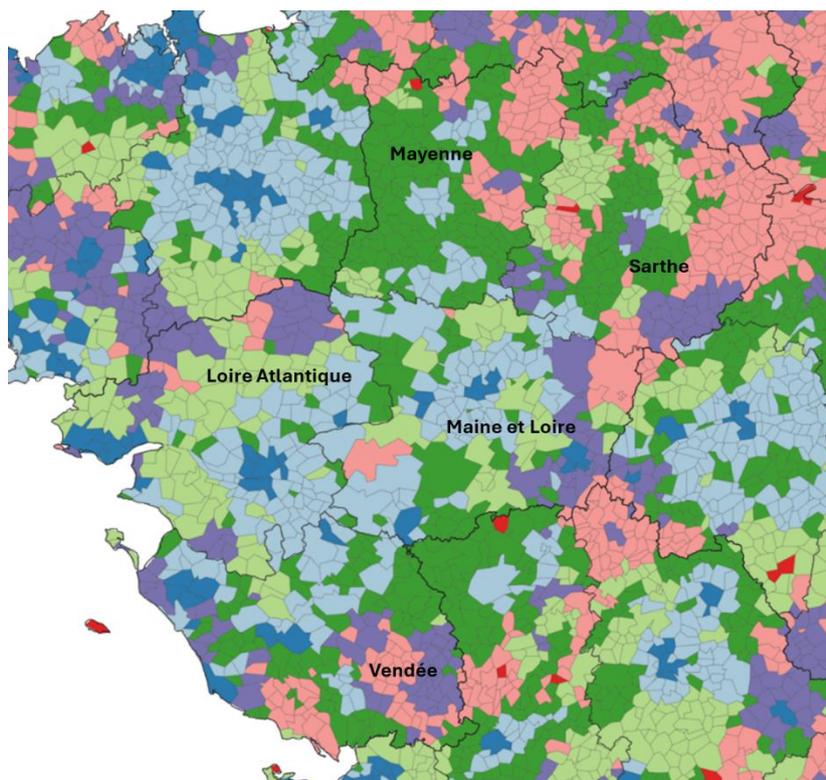
Plusieurs salariés de pension de famille interrogés alertent sur le manque de professionnels de santé sur leur territoire, avec des difficultés pour trouver des médecins généralistes tout comme des spécialistes.

« Avoir des spécialistes et des médecins traitants, c'est de plus en plus compliqué. En tant que professionnelle, ça me questionne : demain comment je vais accompagner les résidents si on n'arrive déjà pas à avoir un rendez-vous pour une gastro aujourd'hui ? Alors pour des problématiques qui sont plus graves... ça me questionne réellement. On a des personnes qui sont déjà fragilisées dans leur parcours de vie. On a un tiers de nos résidents qui n'ont pas de médecin traitant aujourd'hui » (professionnelle de pension de famille).

En Pays de la Loire, certains territoires sont davantage concernés par des problématiques de désertification médicale. La carte ci-dessous, publiée en juin 2024 par l'IRDES⁴, présente une classification à l'échelle communale de l'accessibilité aux soins de premier recours. On peut y voir la concentration de communes marquées par une accessibilité moindre tous services confondus (rose/rouge) et par une accessibilité meilleure mais pour certains services seulement (vert) en Sarthe, Mayenne et Vendée. Selon leur implantation géographique, les résidents des pensions de famille peuvent être plus ou moins affectés par ces difficultés.

⁴ <https://www.irdes.fr/recherche/enquetes/oases-promoting-evidence-based-reforms/typologie-communale-de-l-accessibilite-aux-soins-de-premier-recours-en-france.html>

Carte 1 : Typologie communale de l'accessibilité aux soins de premier recours en Pays de la Loire



TPOLOGIE COMMUNALE DE L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS DE PREMIER RECOURS EN FRANCE

Accessibilité moindre tous services confondus

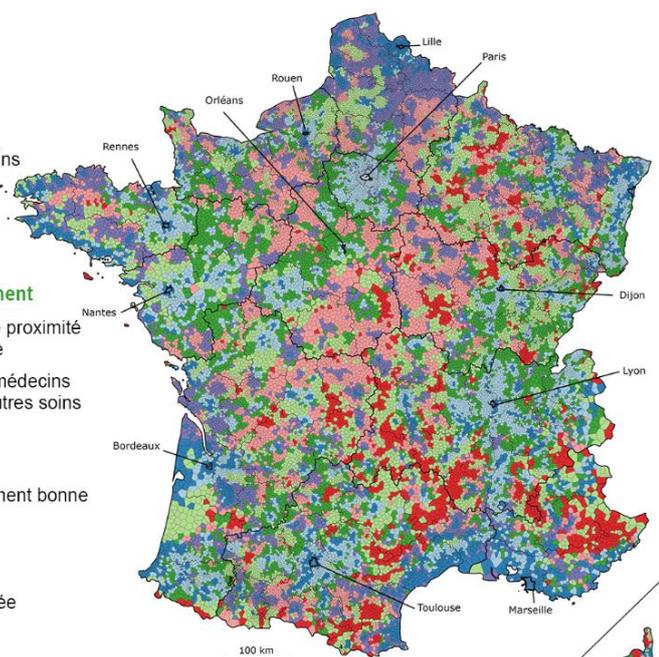
- 1** Communes avec la moins bonne accessibilité aux soins tous services confondus
- 2** Communes avec une faible accessibilité aux soins, en désertification médicale et avec de forts besoins

Accessibilité meilleure pour certains services seulement

- 3** Communes avec une faible accessibilité aux soins de proximité et favorisées aux plans socio-économique et sanitaire
- 4** Communes maintenant une bonne accessibilité aux médecins généralistes mais avec une faible accessibilité aux autres soins

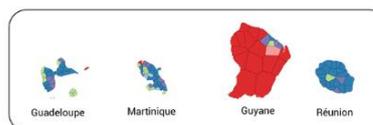
Accessibilité meilleure pour tous les services

- 5** Communes avec une accessibilité aux soins relativement bonne qui se raréfie et avec de forts besoins
- 6** Communes favorisées sur le plan socio-sanitaire avec une bonne accessibilité aux soins
- 7** Communes avec l'accessibilité aux soins la plus élevée pour tous les types de soins



	Classes						
	1	2	3	4	5	6	7
Part de la population (%)	1	4	7	6	16	29	37
Part des communes (%)	6	17	18	16	18	16	9

Source : Insee, RP 2019.



Modèle cartographique : UAR-RIATE, 2022. Fond de carte : IGN, 2022. @ Irdes 2024

Retrouvez la cartographie ici : <https://www.irdes.fr/recherche/enquetes/oases-promoting-evidence-based-reforms/typologie-communale-de-l-accessibilite-aux-soins-de-premier-recours-en-france.html>

Les délais d'attente pour obtenir des rendez-vous ou des prises en charge

Dans nombre de situations décrites, les professionnels de pension de famille interrogés ont évoqué des délais d'attente importants pour obtenir des rendez-vous médicaux. Ces délais sont d'autant plus problématiques lorsque les résidents vieillissants concernés ont besoin de consulter plusieurs spécialistes, du fait de la multiplicité et/ou de la complexité de leurs problèmes de santé.

« Les délais de rendez-vous peuvent être longs, avec le rendez-vous avec le neurologue qui a confirmé la maladie musculaire, l'envoyant alors vers un autre spécialiste... » (professionnelle de pension de famille).

Il n'est pas rare que parmi les résidents, certains appréhendent fortement les consultations, ils peuvent avoir du mal à accepter une prise en charge médicale. Les délais d'attente pour un rendez-vous de santé peuvent être alors très mal vécus, voire aboutir à ce que la personne finisse par se rétracter, comme l'explique cette professionnelle :

« Les délais d'attente, pour des personnes qui sont déjà plutôt réfractaires aux soins... Qui sur le moment disent « ok on veut bien, on prend rendez-vous ». Mais si c'est trois mois après... Peut-être que dans trois mois, ce sera foutu. C'est ça aussi la complexité du public un peu fragile, qui n'adhère pas aux soins. C'est comment on peut faire pour que ça aille jusqu'au bout de la démarche » (professionnelle de pension de famille).

L'absence de demande, voire le refus du résident vis-à-vis d'une prise en charge médicale

Les résidents peuvent exprimer de la réticence, voire refuser catégoriquement de consulter des professionnels de santé. Certains estiment ne pas avoir besoin de prise en charge médicale, même lorsqu'il paraît évident qu'ils présentent des problèmes de santé, parfois très graves.

« Monsieur tremble beaucoup mais il refuse tout accompagnement sur ce point. Il a un médecin traitant mais c'est tout » (professionnelle de pension de famille).

« Il avait un cancer qu'il ne soignait pas. Il était dans le refus de soins » (professionnelle de pension de famille).

« A la suite de cette hospitalisation, on a pu travailler sur la mise en place d'un médecin généraliste. Donc je l'ai accompagnée. Mais ça n'a pas tenu, Madame estimait ne pas avoir besoin de soins sur le plan somatique. [Pourtant] elle a pu avoir des plaies, en lien avec le manque d'hygiène... » (professionnelle de pension de famille).

Lorsque les personnes refusent la prise en charge médicale, les professionnels de pension de famille sont confrontés aux limites de leur intervention. Les résidents ne peuvent en effet être contraints à recevoir des soins contre leur volonté, ce qui peut mettre en difficulté les professionnels de pension de famille, puisque sans consentement de la personne, rien ne peut être mis en place, explique cette professionnelle :

« L'équipe a été en difficulté par rapport à ce monsieur. Là on arrive maintenant à travailler avec le soin. Mais pendant plus de 10 ans, monsieur était dans le refus de soins. On a été en difficulté par rapport à l'accompagnement de ce monsieur, par rapport à la santé, parce qu'il refusait. Et le soin était clair avec ça, c'est-à-dire que si la personne refuse... Il n'y aura pas de soins. Que ce soit des infirmières, un médecin, un spécialiste ou même nos collègues parce qu'on a un pôle santé qui s'est développé chez nous, avec des possibilités d'avoir des accompagnements adaptés : si monsieur refuse, il n'y a rien de mis en place » (professionnelle de pension de famille).

Le suivi des traitements a aussi souvent été cité comme une difficulté dans les entretiens. Des passages infirmiers s'avèrent alors nécessaires, mais ils ne permettent pas toujours d'assurer la prise continue des médicaments :

« Les infirmières déposaient les médicaments mais Monsieur ne voulait pas toujours ouvrir sa porte. Les infirmières ne pouvaient pas attendre. Et on retrouvait aussi les traitements parfois sur la pelouse, il les avait jetés » (professionnelle de pension de famille).

Le stress, les angoisses des résidents vis-à-vis des rendez-vous médicaux, la difficulté à faire confiance aux professionnels de santé

Les professionnels de pension de famille interrogés ont très souvent décrit les craintes, les angoisses que peuvent générer les rendez-vous médicaux pour nombre de résidents. Ceux-ci peuvent en effet ressentir une forte anxiété dans les environnements médicaux. Les professionnels interrogés attribuent souvent ces difficultés à des traumatismes passés, « des histoires de vie compliquées » et à une grande difficulté de ces personnes à faire confiance au personnel de santé, par ailleurs pas toujours sensibilisé ou formé à l'accueil de public précaire.

« [Il avait un cancer] mais ce n'était pas possible pour lui les soins. Il ne supportait pas qu'on le touche. Une histoire de vie extrêmement compliquée. Aller à l'hôpital c'était très compliqué. Il s'en allait avant la fin du rendez-vous » (professionnelle de pension de famille).

« Madame était volontaire pour aller à ses rendez-vous médicaux mais ça lui générait beaucoup de stress et d'angoisse, avant et pendant : parce qu'elle a des douleurs, parce qu'on la touche, parce qu'on lui demande de faire des exercices qu'elle n'arrive pas à faire » (professionnelle de pension de famille).

Des difficultés à organiser et gérer seul sa prise en charge médicale

L'organisation des rendez-vous médicaux, gérer la prise des traitements peuvent être source de difficultés pour nombre de résidents vieillissants, notamment lorsque des troubles cognitifs sont présents. C'est pourquoi l'accompagnement par les professionnels de pension de famille (qui peuvent par exemple prendre des rendez-vous, les rappeler à la personne au moment venu, élaborer des emplois du temps simplifiés avec elle...), et par des partenaires tels que des passages d'infirmiers au domicile, sont souvent nécessaires.

« Des passages d'infirmières libérales ont été mis en place pour qu'il y ait une régularité dans le traitement. Parce qu'avant, Monsieur prenait ses traitements tout seul. C'était dans une armoire, il y en avait partout... Donc les infirmières libérales maintenant passent pour donner le pilulier. Elles commandent les traitements etc. Ça allège un peu son quotidien sur la gestion des traitements » (professionnelle de pension de famille).

« Le CMP a réajusté ses accompagnements. Avant Monsieur se déplaçait au CMP mais plusieurs fois ils se sont rendu compte qu'il n'était pas venu, qu'il oubliait ses rendez-vous ou qu'il venait mais pas à la bonne heure... Donc maintenant ils viennent à domicile, c'est beaucoup plus simple » (professionnelle de pension de famille).

Des comportements agressifs ou de fuite mal interprétés par des professionnels de santé insuffisamment formés et sensibilisés

Certains résidents peuvent manifester des comportements agressifs dans un environnement médical qui les inquiète, à l'hôpital par exemple. Les professionnels de pension de famille interrogés décrivent des insultes envers les soignants ou des cris, parfois avec des alcoolisations. Certains résidents quittent les lieux avant la fin de la consultation. A plusieurs reprises dans les entretiens, des situations où ces comportements avaient été mal interprétés par des soignants ont été évoquées, conduisant à ce que les besoins des personnes ne soient pas pris en compte et ne leur permettant pas d'accéder à une prise en charge médicale.

« La réaction des soignants était très variable. Certains le connaissaient, ils savaient comment il était, qu'il pouvait engueuler tout le monde et qu'après il rigolait. Ils le prenaient comme il était et puis ils s'adaptaient. Et d'autres soignants étaient un peu sidérés quelque part. Bousculés. Avec pas forcément beaucoup de psychologie, il faut le dire » (professionnelle de pension de famille).

Ces éléments pointent le manque de sensibilisation et de formation des professionnels de santé vis-à-vis de l'accueil de personnes présentant des comportements qualifiés de difficiles et des besoins émotionnels complexes.

Une parole des résidents vieillissants pas toujours entendue par les professionnels de santé

Lorsque les résidents consultent, il peut arriver que les professionnels de santé se montrent insuffisamment à l'écoute de leur parole, lorsque ceux-ci expriment des douleurs, des difficultés. Plusieurs situations de ce type ont été évoquées dans les entretiens auprès des professionnels des pensions de famille. Pour eux, ce manque d'écoute n'est pas sans conséquence sur l'évolution de l'état de santé des résidents. Ne pas prendre en compte la parole du patient mène en effet à une détérioration de la confiance – souvent déjà fragile – accordée au soignant par la personne, affectant également négativement son adhésion aux soins.

« Avec les douleurs qui sont arrivées ensuite, il y a eu plusieurs fois où le médecin traitant n'a vraiment pas écouté monsieur. Et en l'espace d'un an, la situation s'est fortement dégradée. Au point qu'en 2024, l'alimentation était de plus en plus compliquée, il a perdu énormément de poids, il était en refus de soins, refus d'aller vers le médecin traitant, vers les urgences. Et arrêt total de tous ses traitements » (professionnelle de pension de famille).

Les obstacles à l'accès aux soins liés à la présence d'addictions

A de multiples reprises, les professionnels de pension de famille interrogés ont évoqué la stigmatisation liée à la présence d'addictions parmi les freins à l'accès aux soins.

« L'accueil aux urgences peut être très compliqué : « ah oui on connaît monsieur... ». En plus s'il a fait des crises avant et que c'était lié à des alcoolisations, c'est compliqué » (professionnelle de pension de famille).

« Dès qu'il y a une addiction, on voit que c'est plus compliqué en termes de prise en charge médicale. A l'hôpital, en hospitalisation, même s'il y a des troubles psychiques ou d'autres maladies que l'addiction, ça va être toujours ciblé sur le fait qu'il y a une addiction [...] Il a un vrai travail à faire autour de la prise en charge des addictions » (professionnelle de pension de famille).

Plusieurs de ces professionnels ont rapporté des situations où l'alcoolisme était présenté par des professionnels de santé comme une barrière à toute prise en charge médicale. La réduction, voire l'arrêt des consommations sont parfois posés comme une condition pour que le soignant puisse intervenir de manière efficace, rapportent plusieurs professionnels interrogés.

« Le médecin est un peu perplexe. On lui a évoqué lors des rendez-vous l'énurésie, l'encoprésie qui peut arriver, les tremblements, les chutes, les pertes d'équilibre de Monsieur. Mais c'est toujours la même réponse, tant qu'il n'arrêtera pas de boire, le médecin ne peut rien faire » (professionnelle de pension de famille).

« On connaît le discours : arrêtez de fumer, arrêtez de boire et puis peut-être que la santé ira mieux... Bah non, ça ne se passe pas comme ça. C'est une vraie pathologie l'addiction. Ce n'est pas rien » (professionnelle de pension de famille).

Ces approches, qui ne permettent de traiter de manière concomitante la dépendance et les problèmes de santé physique, aboutissent à des situations de paralysie, où la personne n'a pas accès aux soins dont elle a besoin. Le sevrage est en effet particulièrement difficile pour nombre de résidents, rappellent les professionnels de pension de famille interrogés, d'autant plus que les listes d'attente pour effectuer des cures de désintoxication peuvent être longues, alertent plusieurs d'entre eux. Sans compter, précisent-ils, que certains résidents vieillissants, avec un parcours marqué par des échecs de sevrage, ne sont pas considérés comme prioritaires :

« Le fait qu'il ait 58 ans, qu'il soit un consommateur excessif depuis plus de 40 ans, qui ait déjà tenté des postcures qui se sont soldées par des échecs, il n'est pas prioritaire pour une cure... » (professionnelle de pension de famille).

« Les cures ont aussi leurs limites. On a des résidents aujourd'hui qui ne peuvent plus aller en cure, ils sont « blacklistés ». Parce qu'ils ont fait plusieurs cures et entre guillemets on leur a déjà donné la chance de s'en sortir » (professionnelle de pension de famille).

Certains professionnels de pension de famille interrogés ont expliqué que dans ces situations, les soignants comptaient parfois beaucoup sur l'équipe de la résidence pour cadrer les consommations des personnes. Or un tel accompagnement individualisé n'est généralement pas compatible avec les moyens de l'équipe, ni avec leurs missions.

Dans les situations décrites, il n'est pas rare que les résidents refusent le suivi en matière d'addictions, certains estimant ne pas être concernés par cette problématique :

« Monsieur a toujours refusé le suivi par rapport à ses addictions. C'est un monsieur qui était beaucoup dans le déni de ses consommations. Quand on l'accompagnait chez le médecin traitant, il disait qu'il ne buvait pas beaucoup, quelques verres par jour... » (professionnelle de pension de famille).

Des difficultés pour trouver le service de santé approprié, lorsque le vieillissement s'ajoute à des troubles déjà présents (troubles psychiques, déficience intellectuelle, autre pathologie...)

Pour plusieurs situations, les professionnels de pension de famille interrogés ont rapporté des difficultés à trouver le service de santé approprié pour des résidents vieillissants souffrant de troubles psychiques. Ces difficultés contribuent à retarder la prise en charge médicale adaptée.

« Quand Monsieur allait aux urgences psychiatriques, on nous disait que ce n'était pas sa place. On ne savait pas ce qui prenait plus le pas en fait, entre les troubles psychiques et Parkinson » (professionnelle de pension de famille).

1.4 Le médecin traitant, un partenaire clef, lorsqu'il est au rendez-vous

Dans plusieurs situations, les professionnels interrogés ont souligné toute l'importance de la relation entre le résident et le médecin traitant. **Le médecin traitant est décrit comme un soutien lorsque :**

Le médecin connaît le parcours de la personne. Celle-ci n'a donc pas besoin de réexpliquer son histoire de vie, parfois marquée par des traumatismes.

« Ne pas avoir à répéter à chaque fois son parcours. Là il n'y avait pas besoin, son médecin le connaît depuis toujours. Il sait par quoi ce résident est passé. Il sait les problématiques qu'il a eu. Il n'y a pas besoin de redire encore une fois, « je suis alcoolique, je suis fumeur ». C'est hyper stigmatisant pour la personne même si le professionnel en face n'a pas de jugement » (professionnelle de pension de famille).

Le médecin est informé et tient compte de l'ensemble des problématiques de santé de la personne, par exemple en matière d'addictions ou de troubles psychiques, lui permettant d'adopter une approche globale de sa prise en charge.

Le résident ne se sent pas jugé par le médecin traitant, ce qui permet de créer un environnement où il se sent en sécurité et respecté. Il peut dialoguer plus facilement avec son généraliste.

« Un médecin traitant, c'est important dans les parcours chaotiques. Il y a un lien de confiance et ça permet de dire les choses. Les résidents sentent moins de jugement que si ça changeait de médecin toutes les deux semaines, on ose plus se confier. Donc oui le médecin traitant a toute sa place » (professionnelle de pension de famille).

Le médecin est à l'écoute du résident, prend le temps d'échanger avec lui. Il prend en compte les besoins de la personne. Certains effectuent des visites à domicile, ce qui permet de mieux appréhender les difficultés du résident au quotidien.

« Madame a vu son médecin traitant toutes les semaines pendant deux mois. C'est vraiment une chance d'avoir eu un médecin qui l'a bien écoutée et accompagnée. C'est lui qui a demandé la remise en place d'un passage infirmier pour la prise de médicaments, une prise en charge au CMP et qui lui a prescrit des anti-dépresseurs » (professionnelle de pension de famille).

Le médecin est à l'écoute des observations et des inquiétudes exprimées par les professionnels de pension de famille, qui peuvent lui faire part des signes de perte d'autonomie qu'ils peuvent avoir constatés, de leurs craintes pour la santé de la personne, pour sa situation de vulnérabilité lorsqu'une mesure de protection n'a pas été mise en place... Le médecin devient alors un véritable partenaire de proximité pour les professionnels de la pension de famille.

Le médecin recherche activement des solutions, notamment pour orienter la personne vers des spécialistes ou un service sanitaire qui pourra prendre en charge la personne.

« Le médecin traitant a réussi à avoir une place dans un service hospitalier pour vraiment faire des recherches vis-à-vis de la santé de monsieur, pour trouver l'origine de ses chutes, voir s'il y a une pathologie neurologique » (professionnelle de pension de famille).

« La médecin a fait un courrier à l'hôpital pour qu'ils puissent prendre en charge Monsieur. Elle a fait un courrier aux urgences, elle a fait venir une ambulance par deux fois pour l'emmener aux urgences un weekend quand on n'était pas là. Donc elle a été très présente, concrètement » (professionnelle de pension de famille).

Le médecin communique de manière transparente auprès du résident, il fait preuve de franchise en évoquant son état de santé. Une communication directe et sans jugement peut contribuer à ce que le résident prenne conscience de ses problèmes de santé et accepte *in fine* la prise en charge médicale, expliquent plusieurs professionnels de pension de famille.

« Ce médecin traitant lui a toujours dit les choses de manière très cash mais en étant juste. Et ça c'est ce que Monsieur apprécie, c'est que son médecin soit juste. C'est lui qui a mis beaucoup de mots sur ses pathologies. Ils sont quand même souvent dans le déni les résidents. Ce monsieur accepte vraiment les choses et je pense que c'est en partie grâce à ce médecin » (professionnelle de pension de famille).

Dans cet autre exemple, la professionnelle de pension de famille interrogée explique que la parole du médecin traitant peut être davantage écoutée par certains résidents, du fait qu'elle revêtirait, à leurs yeux, une certaine autorité que n'aurait pas le travailleur social. La parole du médecin serait perçue comme plus légitime ou crédible que celle des travailleurs sociaux, malgré la répétition des mêmes messages par ces derniers, indique-t-elle :

« C'est quand même grâce au médecin traitant qu'il a accepté la mesure de protection. Le médecin lui a expliqué d'une manière différente que nous, avec des mots qui l'ont plus interpellé que les nôtres. Le médecin, c'est aussi pour ce monsieur un « grade » différent. Nous, on est des « travailleuses sociales » quoi. Toutes les travailleuses sociales qu'il a dû voir dans sa vie ont dû lui dire « il faut que vous ayez une mesure de protection » ! Mais le médecin a quand même un grade un peu supérieur, surtout pour des personnes qui sont âgées, le médecin c'est quelqu'un d'important. C'est un repère. C'est le médecin de famille qui a un peu le pouvoir de décision, de vérité quoi. Sa parole n'a pas le même poids » (professionnelle de pension de famille).

Plusieurs professionnels de pension de famille interrogés ont exprimé **des inquiétudes lorsque certains résidents vieillissants perdent leur médecin traitant**, par exemple quand celui-ci part à la retraite. Outre la difficulté à retrouver un médecin généraliste, dans plusieurs situations le médecin traitant est décrit comme un véritable allié, notamment lorsqu'une relation de confiance s'est établie avec le résident. L'extrait suivant montre les risques en matière de santé et de continuité des soins associés, lorsque le médecin traitant cesse par exemple d'exercer, alors qu'il était l'un des seuls professionnels de santé à avoir pu établir un lien significatif avec le résident et à bien connaître son parcours :

« Son médecin traitant qu'il connaissait depuis 35 ans vient de partir à la retraite. Il est allé lui dire au revoir mais ça a été très compliqué. Maintenant, il n'a plus personne en tant que professionnel [de santé] qui le connaît réellement... Sincèrement je pense qu'il va y avoir une descente dans l'alcool, même qu'il risque de reprendre certaines drogues. Et là, ça va être très problématique » (professionnelle de pension de famille).

Des liens de qualité très variable avec les médecins traitants ont été décrits par les professionnels de pension de famille interrogés. Certains ont été qualifiés de très soutenant, là où d'autres sont dépeints comme peu voire non impliqués, malgré la présence des professionnels de pension de famille aux consultations. Ces derniers regrettent le manque de considération et de sensibilisation des médecins généralistes – et des

professionnels de santé de manière plus générale – aux problématiques des publics en situation de précarité, qui plus est vieillissants.

« Le lien avec le médecin traitant reste compliqué. Il ne répond pas aux sollicitations de ce monsieur. Ça fait un an et demi qu'il se plaint de grosses douleurs à l'estomac, qui n'ont pas forcément été entendues par ce médecin. La confiance était déjà peu présente et il n'y en a plus aujourd'hui » (professionnelle de pension de famille).

Néanmoins, au regard de la difficulté à trouver des médecins traitants sur certains territoires, plusieurs professionnels de pension de famille interrogés reconnaissent que les résidents n'ont guère la possibilité de se tourner vers un autre généraliste :

« Ce médecin traitant est très peu dans l'écoute du patient, quand les personnes sont en difficultés. Mais la problématique du territoire, c'est qu'on a très peu de médecins traitants. Donc quand il y en a un, c'est déjà bien ! Clairement ce résident n'a pas pu changer de médecin traitant » (professionnelle de pension de famille).

1.5 Quels rôles des professionnels exerçant en pension de famille en matière d'accompagnement sanitaire des résidents vieillissants ?

Accompagner les résidents vieillissants vers une prise en charge médicale implique un investissement particulièrement important en termes de temps et de vigilance de la part des professionnels de pension de famille. Tout en tenant compte de ces situations individuelles souvent complexes, d'une criticité parfois aigüe, ces salariés doivent aussi préserver l'équilibre de la vie collective et garantir une disponibilité pour les autres habitants de la résidence. Ces accompagnements, fréquemment décrits comme coûteux sur le plan émotionnel, questionnent les limites et la nature-même du rôle des professionnels exerçant en pension de famille.

Si cette section concerne la thématique de la prise en charge médicale, on notera que des constats très similaires s'observent en matière d'accompagnement lié à la perte d'autonomie, qui sera étudiée un peu plus loin dans le rapport.

Dans les entretiens auprès des salariés, on peut identifier trois dimensions pour lesquelles interviennent les professionnels de pension de famille interrogés :

- (R)amener les résidents vieillissants vers un suivi médical ;
- Accompagner, être présent lors des consultations et des soins ;
- Organiser et œuvrer pour permettre la continuité du parcours de soins.

(R)amener vers le suivi médical

Encourager la personne à prendre soin d'elle et de sa santé, puis l'inciter à consulter en recherchant son adhésion

Les professionnels de pension de famille interrogés encouragent la personne à prendre soin d'elle et de sa santé, en s'appuyant sur la relation de confiance qu'ils tissent progressivement avec elle. C'est plutôt dans un second temps qu'il s'agit de la convaincre, petit à petit, d'aller consulter des professionnels de santé, toujours

en recherchant son adhésion. Plusieurs mois, voire plusieurs années peuvent être nécessaires pour amener la personne à engager ou reprendre un parcours de soins, alors que certains problèmes de santé apparaissent ou s'accroissent avec l'avancée en âge.

« On avait de grosses difficultés pour l'envoyer vers le médecin. Il avait un médecin traitant mais il fallait faire des pieds et des mains pour qu'il y aille » (professionnelle de pension de famille).

« Je lui ai dit « ce serait bien que la prochaine fois que tu vois ton médecin, tu demandes à faire un petit point au niveau de la respiration car tu ne respirez pas très bien ». Donc là il va voir un pneumologue, un cardiologue, il a fait une crise de sang. Il me dit « ah oui, tu as peut-être raison, il y a peut-être quelque chose ». Il y a une empathie, une bienveillance à l'égard des hôtes vis-à-vis cette démarche-là » (professionnelle de pension de famille).

Certains professionnels de pension de famille interrogés expliquent **s'appuyer également sur les temps collectifs et les échanges entre résidents** pour inciter les personnes à consulter pour leur santé.

« Sur le café collectif, ce sont des choses qu'on peut aborder ensemble, de manière informelle, d'une manière que les personnes peuvent entendre. Et le fait qu'il y ait pas mal de personnes vieillissantes au sein de la résidence, ça peut faire aussi émulation, de l'entraide, « moi j'y suis allé, toi aussi tu peux y aller... » » (professionnelle de pension de famille).

Certains professionnels de pension de famille précisent **devoir parfois se tourner vers leur Direction** pour convaincre les résidents qui refusent catégoriquement les soins, lorsque la situation devient trop critique.

L'attitude de certains résidents vieillissants vis-à-vis de la prise en charge peut aussi changer lorsque ceux-ci **comprennent ou prennent la mesure des problèmes de santé** dont ils sont atteints. La transparence et la clarté dans la communication entre les professionnels de santé et ces résidents apparaissent ainsi importantes pour favoriser la prise de conscience et l'adhésion des personnes aux soins, rapportent des professionnels lors des entretiens :

« Ce monsieur n'a pas accepté pendant toutes ces années le soin, mais vraiment refus : pas de médecin traitant, il refusait de se faire soigner. [...] Mais vu que maintenant, il connaît tous ses problèmes de santé, ça lui a été dit clairement, maintenant il est d'accord pour le soin. Il est favorable aux opérations. [...] Je pense qu'il y a une prise de conscience qu'il a besoin d'être pris en charge » (professionnelle de pension de famille).

Parfois, c'est un échange avec un **professionnel de santé avec qui un lien de confiance** a pu être établi qui va permettre d'aller plus loin dans la prise en charge médicale, expliquent plusieurs professionnels de pension de famille interrogés : un médecin traitant bienveillant, qui se montre à l'écoute du résident, qui va l'amener à accepter de réaliser des examens médicaux complémentaires par exemple.

Mais c'est aussi parfois la douleur, les symptômes qui deviennent **si insupportables pour le résident que celui-ci se résigne finalement à aller vers le soin**. Dans la situation suivante, la professionnelle interrogée décrit une situation de ce type, en soulignant l'importance du lien entre le résident et l'équipe de professionnels de la résidence.

« Les vomissements étaient de pire en pire. Il ne supportait plus la douleur. Je pense que c'est aussi l'aspect physique, la douleur, la fatigue. Il dormait extrêmement mal. Ça s'est cumulé, il nous a alerté en nous disant qu'il n'en pouvait plus. Et c'est là qu'il a fini par accepter d'aller vers le soin. C'est aussi le lien avec l'équipe, il a confiance en nous. Et donc il a accepté qu'on l'accompagne et qu'on le soutienne auprès des médecins » (professionnelle de pension de famille).

Accompagner, être présent pendant les consultations et les soins

Accompagner physiquement la personne aux rendez-vous, y compris pendant la consultation, a souvent été présenté par les professionnels de pension de famille interrogés comme **particulièrement important, voire nécessaire pour garantir l'accès aux soins**, pour de multiples raisons récapitulées dans le schéma ci-dessous :

Figure 2 : Raisons énoncées par les professionnels de pension de famille pour lesquelles ils sont amenés à accompagner des résidents vieillissants à des consultations médicales



Sources : Enquête auprès des professionnels de pension de famille (2024), réalisation CREAI Pays de la Loire.

Pour rassurer les résidents : il n'est pas rare que ceux-ci appréhendent le milieu médical. C'est pourquoi le lien de confiance que les professionnels des pensions de famille établissent progressivement avec les résidents est aussi important. La présence du professionnel de pension de famille peut les sécuriser. Il faut également noter que lors de ces rendez-vous, les résidents peuvent être informés de l'existence d'une pathologie, être en situation de devoir prendre des décisions parfois difficiles. C'est pourquoi le soutien émotionnel qu'apporte la présence du professionnel de pension de famille est important, comme l'explique cette répondante :

« Émotionnellement, on sait que ce sont des rendez-vous qui ont de l'importance, où la personne va peut-être apprendre un diagnostic... Là c'est sûr qu'on accompagne » (professionnelle de pension de famille).

Pour encourager, donner l'impulsion dont certains résidents ont besoin pour reprendre un parcours de soin, comme l'explique cette professionnelle :

« On sait que pour certains, heureusement qu'on a fait le premier pas de les accompagner. Sinon... Pour ce monsieur, il y a eu des rendez-vous, une opération... Il n'y aurait pas eu tout ça [si on ne l'avait pas

accompagné au début]. Si on n'amène pas la première fois vers le soin, c'est sûr qu'ils n'iront jamais. Il y a une impulsion à donner, c'est nécessaire dans l'accompagnement » (professionnelle de pension de famille).

Outre le premier pas, c'est aussi pour s'assurer que la personne se rend bien aux rendez-vous ou qu'elle ne quitte pas la salle d'attente que la présence du professionnel de pension de famille peut s'avérer nécessaire :

« Son médecin traitant était à 30 minutes de trajet. On l'accompagnait à chaque fois parce qu'avant la maison relais, il loupait beaucoup de rendez-vous. C'était important qu'il y ait un suivi pour certains médicaments pour certaines pathologies qu'il avait » (professionnelle de pension de famille).

Pour se souvenir et (ré)expliquer les informations données par les soignants, qui ne sont pas toujours communiquées de manière accessible et compréhensible. Outre leur complexité, le volume d'informations transmises peut aussi être important. Le professionnel de pension de famille joue alors le rôle d'une « deuxième oreille », pour ne pas oublier ces informations, mais aussi les clarifier et les réexpliquer au besoin au résident, après la consultation :

« On l'accompagnait à ses rendez-vous car ça faisait beaucoup d'information pour Madame, qui présente en plus des difficultés à comprendre ce qui est dit. Notre présence la rassure et permet de lui réexpliquer ce qui a été dit pendant le rendez-vous. C'est important d'être ce lien-là » (professionnelle de pension de famille).

« Il y a des rendez-vous où on essaie de s'extraire parce qu'on ne peut pas physiquement accompagner à chaque fois. Donc on essaie de faire fonctionner l'ALD de Monsieur pour qu'il s'y rende en taxi mais parfois il refuse. Il nous dit « je veux que vous soyez là parce que je veux pouvoir comprendre », parce que les médecins utilisent des termes qui ne sont pas toujours compréhensibles » (professionnelle de pension de famille).

Pour compléter les informations transmises par le résident au personnel de santé grâce à leur fine connaissance de ses difficultés au quotidien. Cette présence peut rassurer certains résidents qui craignent parfois d'oublier les choses importantes à dire ou ne savoir les expliquer correctement.

Pour rappeler au résident les questions à poser, demander à faire des examens complémentaires qui n'auraient pas été d'emblée proposés par le professionnel de santé :

« J'ai demandé un bilan neurologique... Des choses que Monsieur ne pensait pas à demander... Il n'avait pas eu de bilan sanguin depuis un certain temps. Le traitement, est-ce qu'il faut le réadapter ou pas... Je ne suis pas médecin mais ce sont des questions que je me pose. Est-ce que c'est possible de revoir tout ça quoi » (professionnelle de pension de famille).

Pour appuyer la parole du résident quand ses besoins ne sont pas écoutés ou pris en compte par les professionnels de santé : plusieurs professionnels de pension de famille interrogés ont rapporté des situations où les soignants, y compris le médecin traitant, n'étaient pas à l'écoute des besoins de leur patient et/ou ne les prenaient au sérieux. Il fallait que les dires de ces résidents soient corroborés par la parole des professionnels de pension de famille pour être crédibles, précisent-ils :

« Le médecin, ce n'est pas qu'il prenait Monsieur pour un imbécile, mais presque quoi... Il y a eu un crédit davantage d'accordé du fait de ma présence » (professionnelle de pension de famille).

Pour aider le résident à se faire comprendre, lorsqu'il a du mal à s'exprimer. Certains résidents peuvent avoir une élocution difficile à comprendre. Les professionnels de pension de famille, qui connaissent bien la personne, peuvent reformuler, réexprimer ce qu'elle vient de dire si le soignant n'a pas compris.

« Madame a une élocution difficile, il faut la connaître pour comprendre ce qu'elle dit. C'est aussi pourquoi notre présence est importante pour « traduire » car le médecin ne la comprend pas toujours » (professionnelle de pension de famille).

Pour transporter les résidents qui ne peuvent pas se déplacer : ces difficultés peuvent concerner les résidences situées en milieu rural, peu desservies en transport en commun, avec des distances à parcourir parfois conséquentes. Mais il peut aussi s'agir de résidents vivant en milieu plus urbain, qui ne sont pas en mesure de prendre les transports en commun seuls, du fait de problématiques physiques et/ou psychiques par exemple. Certains professionnels interrogés expliquent que leur présence lors du rendez-vous n'est parfois pas nécessaire mais que le résident ne dispose pas de solution de transport. Cette situation peut se révéler problématique pour les professionnels de la résidence, par manque de temps.

« On n'est pas si loin que ça du cabinet médical. Mais les gens n'ont pas de moyens de locomotion et il n'y a pas de bus. Donc il y a des fois où on a un rôle d'accompagnant qui est vraiment important, parce que la personne a besoin d'être rassurée par notre présence, parce qu'il y a des choses qu'elle ne pensera pas à demander mais qui sont pourtant importantes, parce qu'il y a des choses qu'elle ne comprend pas bien et on reprend ensemble après. Mais des fois, on a l'impression de faire simplement le taxi et là ce n'est pas notre rôle » (professionnelle de pension de famille).

Les professionnels de pension de famille interrogés insistent sur le fait que cette démarche d'accompagnement lors des rendez-vous est toujours réalisée **avec l'accord des résidents**. C'est une proposition qui leur est faite, qu'ils sont libres de refuser. Dans l'extrait suivant, la professionnelle souligne l'importance d'adopter une **posture favorisant le pouvoir d'agir** des personnes. Il ne s'agit pas de faire pour la personne, mais bien avec elle, sans l'infantiliser, en la soutenant pour qu'elle puisse participer activement à sa prise en charge médicale.

« Quand je demandais à ce monsieur comment s'était passé l'entretien avec le médecin, c'était compliqué pour lui de me raconter. Alors je lui ai demandé si ça le dérangeait que je vienne avec lui, sans l'infantiliser. Je lui ai dit : « j'ai l'impression que tu oublies un peu les choses importantes que te dit le médecin. Pour être sûr que tu n'oublies pas, est-ce que je peux t'accompagner, pour pouvoir être une deuxième oreille, de façon à mieux comprendre ce qu'on va te dire ». Et il a tout à fait compris. Il y a une façon d'accompagner la personne, sans prendre sa place, lui redonner le pouvoir d'agir sur son soin » (professionnelle de pension de famille).

Ce soutien individualisé pour les rendez-vous médicaux n'est pas toujours possible à mettre en œuvre. Certains professionnels de pension de famille indiquent ne pas avoir le temps ni les ressources humaines nécessaires pour accompagner les résidents à chaque rendez-vous, en particulier lorsque la prise en charge médicale s'intensifie et que les besoins d'accompagnement individuels deviennent plus prégnants.

« Au niveau de notre fonctionnement, sur des accompagnements médicaux ponctuels, on peut accompagner. Par contre, si c'est régulier, on ne peut pas. Ce n'est pas possible » (professionnelle de pension de famille).

Organiser et œuvrer pour permettre la continuité du parcours de soins

Lorsque les professionnels de pension de famille interrogés décrivent la manière dont ils ont accompagné des résidents vieillissants, une grande part des tâches réalisées consiste à organiser et œuvrer pour permettre la continuité de leur parcours de soins.

Identifier les professionnels de santé que les résidents ont besoin de consulter : les résidents vieillissants sont amenés à devoir consulter une multitude de professionnels de santé, dont des spécialistes. Il s'agit donc pour les professionnels de pension de famille de repérer sur le territoire les professionnels disponibles et accessibles, puis de mettre en relation le résident concerné avec ceux-ci.

« On a accompagné monsieur, il a des problèmes auditifs. Là on l'accompagne aussi vers un ophtalmo. Vers les spécialistes dont il a besoin. Et c'est lié à son vieillissement. Donc on a beaucoup travaillé là-dessus » (professionnelle de pension de famille).

S'assurer du suivi des soins et des traitements : l'accompagnement des résidents lors des consultations médicales, afin de s'assurer que la personne s'y rende effectivement a déjà été évoqué plus haut. La prise continue des traitements requiert également une vigilance particulière des professionnels de pension de famille, qui doivent trouver des solutions en cas de difficultés du résident, même lorsque des passages infirmiers ont été mis en place :

« Monsieur est épileptique mais ne prenait pas son traitement correctement. Donc on a mis en place un passage infirmier, mais il oubliait le passage infirmier. Donc il a fallu qu'on mette une boîte à clefs à disposition du personnel soignant pour pouvoir accéder au domicile » (professionnelle de pension de famille).

Organiser et assurer une forme de suivi des rendez-vous :

Dans l'extrait suivant, la professionnelle de pension de famille interrogée décrit l'important soutien qu'elle et sa collègue ont dû apporter à une résidente vieillissante qui ne parvenait pas à se repérer dans ses rendez-vous médicaux. Cet accompagnement a été particulièrement chronophage, explique la professionnelle, qui regrette l'absence de service extérieur qui aurait pu apporter ce soutien à la résidente, qui n'a pu bénéficier d'un SAVS ou d'un SAMSAH du fait de son âge, précise la répondante :

« Heureusement qu'on a un accompagnement social assez important avec cette dame, dans le sens presque « éducatif », accompagnement de proximité. Elle a de gros problèmes de repères dans le temps et dans l'espace, c'est lié à des problèmes neurologiques. On l'aide beaucoup à se repérer. Elle a besoin d'être rassurée, d'être accompagnée dans ce repérage, par des outils adaptés. Bien sûr il y a les aides à domicile, mais ce n'est pas la même chose. Il manque autre chose, un service qui pourrait l'aider à se repérer. Ça a été beaucoup de temps [pour nous] quand elle est arrivée. On n'est que deux sur la résidence. C'est nous qui avons mis en place tous ces outils (emploi du temps adapté...) pour la

rendre elle le plus autonome possible, qu'elle puisse faire ses démarches, prendre ses rendez-vous, se déplacer en transport en commun pour aller aux rendez-vous. Maintenant ça va [...] mais si on avait plusieurs personnes comme ça... » (professionnelle de pension de famille).

1.6 Quelle coordination du parcours de soins des résidents vieillissants ?

Des professionnels de pension de famille face au constat de carence en matière de coordination du parcours de soins pour les résidents vieillissants

Dans les entretiens auprès des professionnels de pension de famille, ceux-ci dressent le constat d'un manque de coordination du parcours de soins des résidents vieillissants, alors même que les problématiques de santé de ces personnes tendent à s'accroître et pour certaines à se complexifier, rappellent-ils.

Outre l'accompagnement à la (re)mise en place d'une prise en charge médicale, ainsi que leur présence lors des consultations lorsque cela s'avère nécessaire, les professionnels de pension de famille interrogés assurent des tâches qui s'apparentent, précisent-ils, à celles d'un coordinateur de parcours.

Coordonner, c'est « ordonner des éléments séparés, combiner des actions, des activités distinctes en vue de constituer un ensemble cohérent ou d'atteindre un résultat déterminé » selon le dictionnaire Larousse. Jean-René Loubat nous apporte une définition plus précise du **coordinateur de parcours**, qui « assure l'ajustement entre, d'une part, les besoins et la situation de [la] personne et, d'autre part, les services qui lui sont proposés, ainsi que la liaison opérante entre les divers intervenants impliqués dans le temps (parcours) et dans l'espace (territoire) »⁵. Enfin, notons cette définition, issue du répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie de la fonction publique, qui indique qu'un coordinateur de parcours en santé « établit, organise et gère des liens permettant l'optimisation de la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale d'une personne dans un parcours de soins ; coordonne la réalisation d'une démarche pluridisciplinaire selon le projet de soins établi ».

La coordination de parcours s'appuie, par définition, sur une conception très personnalisée de l'accompagnement, puisqu'il s'agit de construire des parcours individualisés, qui correspondent aux besoins spécifiques et singuliers de la personne concernée. En outre, la coordination de parcours relève d'une fonction à part entière, requérant une expertise spécifique. Cette fonction ne peut se confondre avec les missions des hôtes en pension de famille, telles qu'elles sont définies dans les textes de loi, puisque leur rôle « primordial » consiste à « animer et réguler la vie quotidienne de la maison » (circulaire °2002-595 du 10 décembre 2002).

Pour autant, les professionnels de pension de famille rencontrés en entretien déplorent l'absence de coordination des parcours de santé des personnes vieillissantes qui vivent dans la résidence, les amenant à ainsi questionner leur rôle, leur place dans l'accompagnement et le temps à y consacrer. Face à cette carence de coordination, ils peuvent être amenés à devoir assumer en partie ce rôle, par défaut, faute de, expliquent-ils.

« Sur le côté médical, ce n'est pas toujours simple de faire de la coordination. On bidouille. C'est vraiment le mot » (professionnelle de pension de famille).

« En attendant, cette coordination sanitaire, c'est nous qui la faisons. On est obligé de s'adapter à un moment donné. On sait que cette dame n'a pas la ressource elle-même... » (professionnelle de pension de famille).

⁵ Loubat J-R, (2018). Coordinateur de parcours : la fonction pivot des dispositifs sociaux et médico-sociaux de demain. *Les Cahiers de l'Actif*, n°504-507.

Les professionnels interrogés témoignent du manque d'acteurs identifiés pour réaliser la coordination sanitaire. Très peu ont eu recours à un Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC), et lorsque cela était le cas, l'intervention de ce dispositif s'est limitée à la transmission de coordonnées de professionnels de santé, permettant notamment de réduire les temps d'attente pour obtenir un rendez-vous.

DAC // Dispositifs d'appui à la coordination⁶

Les DAC sont des Dispositifs d'Appui à la Coordination visant à venir en appui des professionnels des champs sanitaire, médico-social et social, concernés par l'accompagnement de personnes dont le parcours de santé est complexe, quels que soient son âge ou sa pathologie. Avec pour objectif d'apporter une réponse globale et coordonnée aux personnes pour lesquelles il est sollicité, le DAC a trois missions :

- 1/** Assurer la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels qui comprend notamment l'accueil, l'analyse de la situation de la personne, l'orientation et la mise en relation, l'accès aux ressources spécialisées, le suivi et l'accompagnement renforcé des situations, ainsi que la planification des prises en charge. Cette mission est réalisée en lien avec le médecin traitant ;
- 2/** Contribuer avec d'autres acteurs et de façon coordonnée à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants en matière d'accueil, de repérage des situations à risque, d'information, de conseils, d'orientation, de mise en relation et d'accompagnement ;
- 3/** Participer à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé.

Les DAC interviennent à l'échelle départementale. L'ensemble des départements des Pays de la Loire est couvert par un DAC.

Certains professionnels interrogés évoquent dans les entretiens la pertinence de l'intervention d'une Equipe Mobile de Médicalisation (EMM) dont certains résidents ont pu, à une période donnée, bénéficier, lorsqu'une telle équipe existe au sein de l'organisation gestionnaire de la pension de famille. Néanmoins, ces interventions ne sont plus possibles aujourd'hui, du fait d'un resserrement des critères d'admission, explique une professionnelle rencontrée : il faut en effet désormais disposer d'une orientation vers un établissement médico-social de type foyer de vie par exemple pour bénéficier d'un appui de l'EMM. Les résidents ne bénéficient pas non plus d'un accompagnement par les PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé), qui s'adressent aux personnes dont la situation sociale bloque une prise en charge médicale, par exemple le fait de ne pas avoir de logement. Or ce n'est pas le cas des résidents de pensions de famille, qui sont en l'occurrence locataires d'un logement et qui bénéficient d'un accompagnement par un dispositif de logement accompagné, la pension de famille.

Cette professionnelle déplore ainsi le manque de dispositifs permettant une coordination sanitaire pour le public précaire et vieillissant :

« Au niveau de la coordination des soins... Autant on a l'EMM pour les personnes qui ont une reconnaissance au niveau du handicap. Mais pour les personnes qui sont plus sur une problématique

⁶ Réglementation des DAC :

- Article L'article 23 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé prévoit l'unification des dispositifs d'appui à la coordination dans un délai de 3 ans.
- Le décret du 18 mars 2021 relatifs aux dispositifs d'appui à la coordination et aux dispositifs spécifiques régionaux précise les dispositions de l'article 23 de la loi OTSS.

sociale, où là souvent il y a quand même de grosses problématiques somatiques, là il y a un vide et ça peut être problématique. [Quand Monsieur bénéficiait d'un accompagnement par l'EMM], ça lui permettait d'aller plus sereinement aux rendez-vous médicaux. Ça permettait une écoute aussi plus active de la part du médecin traitant, parce qu'il y avait des professionnels soignants. Ses symptômes étaient davantage pris en compte quand il y avait l'équipe mobile » (professionnelle de pension de famille).

- ⇒ **Les professionnels de pension de famille interrogés déplorent le manque d'acteurs pouvant assurer le rôle d'une coordination sanitaire pour les résidents vieillissants, et plus globalement pour les personnes en situation de précarité qui ne relèvent pas du champ du handicap.**
- ⇒ **Les professionnels de pension de famille sont amenés à exercer des tâches relevant de la fonction d'un coordinateur de parcours de soins, par défaut, faute de partenaire pouvant assurer ce rôle.**

Des difficultés pour mobiliser et faire le lien entre les partenaires

Outre ce constat d'une absence de coordination du parcours de santé qu'il faut pallier, les professionnels interrogés rapportent plusieurs difficultés pour mobiliser et faire le lien entre partenaires :

Le manque de disponibilité des partenaires est un sujet fréquemment évoqué dans les entretiens. Les professionnels de pension de famille interrogés regrettent le manque de disponibilité des partenaires pour échanger autour des situations des résidents vieillissants, tout en reconnaissant les difficultés propres à ces acteurs (manque de moyens, saturation des services...).

Le manque de prise en considération de la parole des travailleurs sociaux par les professionnels de santé a été plusieurs fois mis en exergue. Dans les échanges, explique cette professionnelle interrogée, « *c'est beaucoup d'un côté les soignants et de l'autre nous les travailleurs sociaux. On est des fois la 5^e roue du carrosse. On ne prend pas en compte toujours nos alertes* ».

Une qualité du lien trop dépendante de la personne, plutôt que du partenariat institutionnel : « *Il y a ce sujet de simplicité du lien. Des fois ça se passe très bien, parfois c'est des histoires de personne. C'est aussi lié à l'ouverture d'esprit du soignant et des travailleurs sociaux aussi* » explique cette professionnelle.

Une méconnaissance du fonctionnement des pensions de famille et des missions des hôtes : les professionnels de pension de famille interrogés observent une forte méconnaissance de la part des acteurs de la santé vis-à-vis des pensions de famille, qui sont régulièrement confondues avec des établissements médico-sociaux de type foyer de vie. La sensibilisation des partenaires peut permettre de mieux faire comprendre le rôle et les limites propres aux missions des hôtes, comme l'explique cette professionnelle de pension de famille :

« Je veux parler de la méconnaissance des pensions de famille. Tout de suite, quand les personnes rentrent dans le circuit du soin, à partir du moment où il y a un accompagnement, elles sont [considérées comme vivant] « en foyer ». Sauf que non, nous, on n'est pas un foyer. Avec la psychiatrie, maintenant ça roule parce qu'on travaille régulièrement avec eux. Mais sur les soins somatiques, c'est beaucoup plus compliqué » (professionnelle de pension de famille).

La difficulté à faire la liaison entre différents professionnels de santé : certains professionnels de pension de famille interrogés mettent en lumière les différents discours, parfois contradictoires, des différents spécialistes qui suivent les résidents vieillissants, et qui peuvent être difficile à mettre en lien :

« Et même nous des fois on a des difficultés à comprendre les médecins. Et entre le cardiologue, le pneumologue, l'angiologue, ils se renvoient tous la balle, ce sont des discours complètement différents. Donc on essaie que ce soit toujours la même professionnelle qui se rende aux rendez-vous avec les spécialistes. Pour que les spécialistes aient à faire à la même personne. Parce que sinon c'est trop compliqué à gérer » (professionnelle de pension de famille).

Ce manque de lien entre les professionnels de santé peut avoir des effets délétères sur la santé des résidents, comme l'explique cette professionnelle qui a alerté plusieurs mois durant de l'incompatibilité des traitements prescrits par différents spécialistes, mais dont la parole n'a pas été écoutée :

« Ce monsieur avait des traitements du médecin traitant et des traitements psychiatriques. On savait, on avait alerté qu'il y avait des traitements incompatibles, avec son syndrome type Parkinson. Mais ça a mis beaucoup de temps à se coordonner entre le médical et le psychiatre, pour une réévaluation du traitement. Et ce n'est que maintenant [au bout de 6 mois, à la suite d'une hospitalisation en psychiatrie] qu'ils ont changé le traitement » (professionnelle de pension de famille).

⇒ **Les professionnels de pension de famille interrogés plaident pour une meilleure acculturation entre le secteur social et sanitaire.**

Des professionnels de pension de famille sans cesse en quête de nouvelles solutions, pour des situations toujours singulières et mouvantes

Certaines pensions de famille ont cherché à mettre en place des solutions pour que les résidents vieillissants (ou non) puissent disposer d'un accompagnement plus adéquat en matière de santé. Ce qui ressort des entretiens, c'est que **chaque situation d'accompagnement décrite est singulière**. Les partenariats, lorsqu'ils ont pu être mis en place, **sont cousus main et les solutions mises en œuvre ne peuvent être dupliquées d'un cas à l'autre**. Cela exige beaucoup de temps de la part des professionnels de pension de famille, ainsi qu'une adaptation permanente, puisque les situations évoluent au cours du temps, en termes de besoins, de criticité mais aussi parce que les solutions trouvées ne sont parfois que temporaires.

Certaines résidences peuvent bénéficier de **ressources internes à l'organisme gestionnaire**. C'est le cas de cette pension de famille qui peut s'appuyer sur une équipe mobile précarité santé, dont le rôle consiste à assurer une prise en charge globale et personnalisée en matière de santé pour des personnes éloignées du soin :

« Au sein de l'association, il y a une équipe mobile précarité/santé. On a une référente par pension de famille : on lui envoie les infos, ça permet d'accélérer parfois les rendez-vous. Elle nous donne des conseils. Et si la situation devient trop lourde, elle peut prendre le relais » (professionnelle de pension de famille).

D'autres résidences travaillent en partenariat avec des équipes mobiles extérieures, par exemple rattachées à des centres hospitaliers, ou des cabinets infirmiers avec lesquels ils ont développé des liens privilégiés. Les accompagnements proposés sont divers, selon les missions de la structure concernée. Certains professionnels de pension de famille ont décrit des équipes mobiles assurant un suivi pour les résidents sortant

d'hospitalisation, d'autres ont évoqué des accompagnements au moment de l'admission à l'hôpital, avec un accompagnement lors des rendez-vous médicaux permettant de « *faciliter les échanges avec le spécialiste et la compréhension des éléments médicaux* ».

L'analyse des entretiens menés auprès des professionnels met surtout en lumière **l'absence d'interlocuteurs clairement identifiés permettant d'assurer une coordination médicale sur le long terme**. L'existence de critères d'admission (par exemple une orientation vers un établissement médicosocial, être sortant d'hospitalisation...) introduit parmi les résidents vieillissants en pension de famille des inégalités d'accès à ces dispositifs, selon qu'ils répondent ou non dans ces critères. En outre, les professionnels rencontrés rappellent que les accompagnements en matière de coordination des parcours de soins, lorsqu'ils sont proposés à la personne, restent limités dans le temps.

Cet extrait d'entretien met en exergue la sinuosité du chemin que doivent emprunter les professionnels de pension de famille pour trouver des acteurs en mesure d'accompagner les résidents vieillissants. Il montre que **même lorsque des solutions sont trouvées, elles restent éclatées, partielles et temporaires**. Charge alors au professionnel de pension de famille de relier ces solutions éparées et d'essayer d'en maintenir la cohérence tout au long du parcours, tout en suivant de nouvelles pistes, essayer d'ouvrir d'autres portes :

« Aujourd'hui on a la tutelle, on a l'EMPP (Equipe Mobile Psychiatrie Précarité). On a un bilan qui a été fait par l'équipe Alzheimer pour voir un peu au niveau du quotidien les difficultés, les besoins et les outils d'accompagnement. Derrière il va y avoir une demande APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) pour qu'il y ait des aides à domicile. Par contre on sait que l'EMPP n'a pas vocation à rester et il reste la question de la coordination sur le plan santé, où là on est un peu embêté. Je vais retoquer au niveau de l'EMM en indiquant que oui, on n'est pas sur une personne avec une reconnaissance administrative du handicap, mais on est quand même sur une demande APA, il y a quand même une notion de dépendance ou de perte d'autonomie. Peut-être que ça marchera, on va tenter » (professionnelle de pension de famille).

Plusieurs professionnels rencontrés plaident pour le recrutement de personnel soignant qui puissent exercer au sein de l'équipe des pensions de famille, par exemple un infirmier qui pourrait justement assurer cette fonction de coordination sanitaire :

« Au niveau de l'équipe, on est deux travailleurs sociaux, il n'y a pas du tout de volet sanitaire. Donc on s'entoure de ce qui existe à l'extérieur mais il y a des moments où on se dit que ce serait bien que dans l'équipe, il y ait quelqu'un du médical. Parce qu'on fait énormément d'accompagnement en santé, de coordination de santé... La coordination nous prend énormément du temps. Et puis quel est notre rôle ? » (professionnelle de pension de famille).

« Je voulais revenir sur l'équipe : dans les postes qui sont proposés aujourd'hui, il faudrait aussi une personne qui coordonne la santé, qui a un rôle davantage sur une mission de coordination avec tous les acteurs de santé principalement » (professionnelle de pension de famille).

La présence d'un personnel soignant au sein de la pension de famille doit permettre, selon les répondants, de :

- Répondre aux questions des autres professionnels de la pension de famille, les conseiller ;
- Faire le lien entre la pension de famille et le corps médical, en tant qu'interlocuteur issu lui-même du champ sanitaire ;
- Faire des premiers bilans de santé des résidents puis d'orienter au besoin vers les spécialistes idoines ;
- Retisser un lien de confiance entre les résidents et les professionnels de santé, pour des personnes qui ont longtemps été en rupture de soins ;

- Assurer le rôle de coordination du parcours de santé des résidents présentant des situations complexes.

Notons cependant que quelques professionnels interrogés se questionnent sur la présence d'un personnel médical au sein de la résidence, rappelant que les pensions de famille sont censées se « *rapprocher le plus possible du mode de fonctionnement et de vie d'une maison ordinaire* » (circulaire n°2002-595 du 10 décembre 2002).

1.7 Focus sur le passage aux urgences et les hospitalisations

La dégradation de l'état de santé, les chutes, l'affaiblissement psychique font qu'il n'est pas rare que les résidents vieillissants soient hospitalisés. Le sujet du passage aux urgences, ainsi que de ce qu'il se passe avant et après, a plusieurs fois été évoqué par les professionnels de pension de famille interrogés.

Le refus de certains résidents à se rendre aux urgences, quelle que soit la gravité de leur état de santé, a plusieurs fois été souligné dans les entretiens. Les professionnels de pension de famille interrogés ont décrit des **situations de résidents très réticents face aux soins**, refusant d'aller consulter ne serait-ce qu'un médecin traitant parfois. Même si une ambulance est appelée, il n'est pas garanti que la personne accepte d'être conduite aux urgences, expliquent plusieurs répondants.

C'est à l'issue d'un long travail de réassurance, de négociation aussi, assuré par les hôtes et/ou des partenaires que certains de ces résidents acceptent de se rendre aux urgences. Il faut alors savoir saisir l'instant, ne pas perdre cette fenêtre de possibilité car très vite, la personne pourrait se rétracter. C'est ce que montre l'extrait suivant, dans lequel la professionnelle interrogée témoigne de l'importance à respecter la temporalité de la personne, tout en se tenant prêt à réagir rapidement lorsque nécessaire.

« J'ai essayé de travailler le retour vers le soin avec ce monsieur, jusqu'au jour où vraiment il était épuisé. L'idée était qu'il ne soit pas réfractaire. A ce moment-là, il était tellement en souffrance qu'il a accepté qu'on contacte le 15 et d'aller sur l'hôpital directement. C'est toujours un coup de poker. Il a fallu attendre... C'était un vrai travail, de la négociation jusqu'au moment où vraiment il ne pouvait plus. Mais on aurait appelé [les urgences] avant, il n'était pas prêt et il ne serait pas monté dans l'ambulance » (professionnelle de pension de famille).

Dans certaines situations décrites, les professionnels interrogés mettent l'accent sur **l'importance du travail partenarial**. C'est le cas pour cette résidente, avec qui le CMP et les professionnels de la pension de famille travaillaient depuis plusieurs mois en vue de l'amener vers une hospitalisation. Après une longue période de refus, cette dame a finalement accepté d'être conduite chez son médecin traitant, puis aux urgences. La professionnelle de pension de famille a ainsi contacté très rapidement le CMP pour que ceux-ci se mettent en relation avec les urgences. L'enjeu était de mobiliser promptement les partenaires pour travailler de manière coordonnée autour d'une hospitalisation.

« Cette dame a été hospitalisée, mais ça a été compliqué parce qu'il a fallu attendre des semaines... On était dans un travail de négociation avec elle en lui disant que peut-être ce serait bien d'aller consulter un médecin... Jusqu'à une fois où on a dit « on ne peut pas vous laisser comme ça, il faut aller voir un médecin ». Elle n'a rien dit, on l'a emmenée. Et on a fait le lien avec les urgences et avec le CMP. On était à deux. Ma collègue était avec elle, moi j'appelais le CMP pour que le CMP appelle les urgences. Parce que le CMP travaille aussi une hospitalisation mais cette dame était dans le refus. Donc tout le monde était jusque-là un peu empêtré. Le passage aux urgences a permis de mettre tout le monde en lien et de travailler sur l'hospitalisation. Ça a été un sacré travail d'alerte et de mise en lien.

C'était attendre le bon moment et voilà, l'arrivée sur le soin, on fait tout en sorte pour que ça puisse bien s'organiser » (professionnelle de pension de famille).

Notons que plusieurs professionnels déclarent dans les entretiens **poser une limite au-delà de laquelle ils contactent les secours, si l'état de la personne se dégrade trop fortement**, malgré le fait qu'elle refuse les soins. C'est alors les soignants qui décident s'il faut intervenir ou non, explique cette répondante :

« Pour certains résidents qui refusent le soin, on se met quand même une limite : à un moment donné, si on le sent vraiment très dégradé, on fait le 15. Et du coup c'est le 15 qui décide de l'intervention ou pas et ce n'est plus nous. Et c'est le 15 qui va décider de faire venir un médecin, une ambulance, l'hospitaliser... Et ce n'est plus nous. Bon là, on parle de cas où on arrive à nos limites, on n'a pas que des résidents comme ça » (professionnelle de pension de famille).

Plusieurs professionnels de pension de famille insistent également sur l'importance (et la difficulté parfois) à bien faire comprendre aux services hospitaliers – et notamment lors du passage aux urgences – la situation de la personne. En effet, les urgences sont parfois contactées pour des résidents, non pas pour une urgence vitale ou une blessure nécessitant une prise en charge immédiate, mais parce que la personne est enfin prête à aller vers l'hôpital, et peut-être à accepter une hospitalisation. Les urgences peuvent alors estimer que la demande relève plutôt de la responsabilité du médecin traitant et alors réorienter le résident vers celui-ci. Or dans ces situations, il se joue justement un caractère d'urgence, précisent les professionnels de pension de famille interrogés, à savoir ne pas rater cette fenêtre d'opportunité décrite plus haut, où la personne consent aux soins, le moment où elle se sent prête. Dans l'extrait suivant, la professionnelle de pension de famille a dû argumenter auprès du SAMU pour que le résident concerné puisse effectivement être accueilli aux urgences. Les liens de ce monsieur avec son médecin traitant étaient, explique la professionnelle, très compliqués, avec peu d'écoute de sa part vis-à-vis des problématiques de son patient. Le résident avait abandonné ses traitements et refusait depuis plusieurs mois de consulter, malgré de fortes douleurs et un état général d'épuisement qui n'a fait que croître.

« On n'a limite rien sur le plan somatique, dans le sens où on se dit qu'il n'y a pas de caractère d'urgence... ça ne relève pas du 15. Quand j'ai contacté le 15, il a fallu argumenter. Parce qu'on me disait : il a un médecin traitant, il faut qu'il aille voir son médecin traitant. Au départ, c'est le résident qui a contacté le 15 devant moi et j'ai dû prendre le relais parce que le médecin au téléphone... Le résident avait du mal à s'exprimer, il entendait mal... Et rapidement j'ai senti au niveau des urgences qu'ils l'orientaient vers son médecin traitant pour finir l'appel » (professionnelle de pension de famille).

L'accueil lui-même aux urgences n'est pas toujours simple. Les soignants ne sont pas toujours sensibilisés aux problématiques que peuvent connaître les personnes en situation de précarité, relèvent les professionnels interrogés. Certains résidents peuvent en effet présenter des comportements d'agressivité, de violence, être en état d'ébriété, mais aussi avoir du mal à attendre aux urgences, être en difficulté pour expliquer sa situation... Cela peut conduire à ce que la personne soit renvoyée chez elle, sans avoir été prise en charge, sans avoir réalisé les examens dont elle aurait eu besoin, comme on le voit dans l'extrait suivant :

« On fait souvent appel au SAMU mais Monsieur ne se laisse pas forcément emmener. Les liens sont parfois difficiles avec les soignants, ils ne comprennent pas pourquoi il est agressif... On est sur une situation de consommation. Et Monsieur n'a pas envie d'être hospitalisé. Il a fait des allers-retours à l'hôpital pour des crises d'épilepsie ou des AVC. Mais lors des passages aux urgences, il a des comportements agressifs, il insulte les soignants... Le personnel pas toujours bien sensibilisé à ce public, il repart au domicile, sans analyses plus poussées de son état de santé. Les examens neurologiques dont il aurait besoin ne sont pas faits. On n'a pas d'accroche au niveau du CHU pour ce type de public » (professionnelle de pension de famille).

Le fait de rester à l'hôpital peut être difficile à supporter pour certains résidents. Le fait de ne pas pouvoir consommer dans sa chambre d'hôpital par exemple peut en effet pousser à vouloir revenir au domicile, contre avis médical, explique un répondant.

Certains professionnels interrogés regrettent le manque d'interface avec les urgences et les services hospitaliers plus généralement pour faciliter l'accès aux soins des personnes vieillissantes en situation de précarité. Des dispositifs peuvent exister en milieu hospitalier, pour mieux accompagner le parcours de soins des personnes âgées par exemple, des personnes en situation de handicap ou également des personnes en situation de handicap vieillissantes. Mais la plupart des résidents vieillissants des pensions de famille n'entrent pas dans les critères d'éligibilité, expliquent les professionnels interrogés, soit parce qu'ils n'ont pas de reconnaissance administrative d'un handicap ou parce qu'ils sont trop jeunes. De même, très peu ont la possibilité de recourir à la PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) qui s'adressent plutôt à des personnes qui n'ont pas de logement stable et/ou pas de médecins traitant, précisent certains répondants dans les entretiens.

On voit donc que la communication avec les soignants est essentielle dans le cas d'un passage aux urgences et/ou d'une hospitalisation. Cependant les professionnels de la pension de famille ne sont pas toujours informés du fait que la personne est allée aux urgences. C'est ce que montre cet extrait, dans lequel la professionnelle explique que ce résident vieillissant est régulièrement emmené aux urgences sans qu'elle en soit tenue informée. Or ce résident peut être en difficulté pour se souvenir de ce qu'il lui est arrivé :

« Il s'alcoolisait massivement sur la voie publique, avec des passages aux urgences. Mais il revenait en oubliant qu'il avait été aux urgences des fois. C'est les autres résidents qui voyaient qu'il avait été hospitalisé parce qu'il avait des bracelets d'hospitalisation au poignet. Mais il ne s'en souvenait plus [...] Quand ça arrive le weekend, on n'a pas d'information de la part des urgences car ce monsieur était déjà rentré [avant le retour des hôtes le lundi matin]. On peut parfois avoir un message sur la boîte vocale de la part des autres résidents pour nous prévenir qu'il est parti aux urgences. Du coup j'appelle les urgences pour avoir des informations, mais en fait c'est les urgences qui sont surtout preneurs d'informations sur ce résident ! » (professionnelle de pension de famille).

Dans certains cas, une hospitalisation peut permettre de déclencher une évaluation médicale et conduire à la mise en place de démarches visant à renforcer l'étayage pour le maintien à domicile ou d'un parcours de soins, pour des résidents qui jusque-là ne souhaitaient pas d'aide.

« Vu que maintenant [depuis son hospitalisation], il connaît tous ses problèmes de santé, ça lui a été dit clairement, maintenant il est d'accord pour le soin. Il est favorable aux opérations. Ça l'inquiète même de ne pas pouvoir se faire opérer » (professionnelle de pension de famille).

Cela reste néanmoins fragile, comme le rappelle cette professionnelle, qui explique aussi que la multitude d'interlocuteurs au sein des différents services de l'hôpital peut complexifier la communication :

« Je me suis mise en lien avec l'hôpital. Ce monsieur a accepté que je contacte les infirmières pour faire le point. J'ai pu transmettre mes coordonnées, expliquer la place que je pouvais avoir. Et aujourd'hui je suis en lien avec l'assistante sociale. Donc on sera normalement prévenu s'il y a une sortie. Mais ce n'est pas évident et c'est avec chaque service différent, selon les équipes soignantes. Il faut recommencer à chaque fois, réexpliquer à chaque fois. [...] Il y a des choses aujourd'hui qui vont se mettre en place. On essaie de travailler pour que s'il y a une sortie d'hospitalisation, tout puisse être mis en place. Mais c'est complexe, ce n'est pas garanti. Ce monsieur peut refuser à tout moment. Je lui ai parlé des aides à domicile dernièrement quand je suis allée le voir à l'hôpital. L'autre jour, c'est même lui qui a pu aborder la question. Mais ça reste fragile quand même » (professionnelle de pension de famille).

A noter que plusieurs professionnels de pension de famille interrogés expliquent être parfois témoins de situations où la personne récupère un état de santé plus ou moins correct, alors même qu'elle était peu de temps auparavant dans un état critique, avec un pronostic vital parfois engagé. Si cela ne concerne pas toutes les situations bien entendu, plusieurs répondants l'ont tout de même mentionné.

« J'ai eu un appel du médecin de réanimation, qui avait mon contact. Donc j'ai pu lui décrire la situation, on était sur un diagnostic avec un risque vital engagé. Et en fait, cette dame a plutôt très bien récupéré » (professionnelle de pension de famille).

« Moi où je suis étonnée, c'est que les personnes récupèrent vachement vite d'un état... Toi, tu te dirais non mais il faut qu'ils partent parce que c'est pas possible, on ne va pas... La gestion à domicile va être compliquée. Et en fait, une fois qu'il a fait son petit séjour à l'hôpital, il revient et il pète la forme. C'est impressionnant » (professionnelle de pension de famille).



2/ Accompagner la perte d'autonomie des résidents vieillissants

2.1 Le manque d'accessibilité des logements et des résidences

L'accessibilité du logement et des locaux est une difficulté récurrente dans la bouche des professionnels de pension de famille interrogés. Nombre de résidences comportent des étages sans ascenseur. Les toilettes et salles de bain sont loin d'être systématiquement adaptées et les logements respectant les normes d'accessibilité pour les personnes à mobilité sont peu nombreux. Ces difficultés concernent autant les bâtis anciens que des locaux plus récents, expliquent plusieurs professionnels.

« La pension de famille a ouvert récemment mais ça n'a pas forcément été pensé pour des personnes vieillissantes. On les accompagne au mieux mais nos bâtiments ne sont pas adaptés à un public vieillissant » (professionnelle de pension de famille).

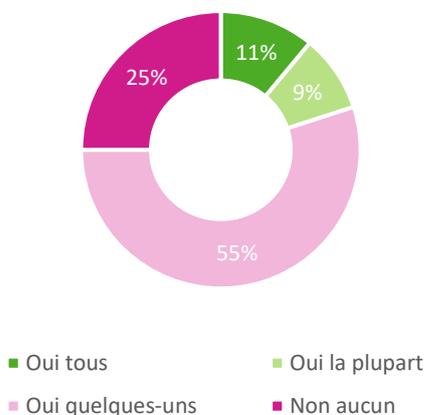
Parmi les professionnels rencontrés, une répondante exerçait au sein d'une pension de famille installée dans des locaux qui abritaient par le passé une résidence autonomie. Cette professionnelle souligne alors le caractère très adapté du bâti, l'ensemble des espaces étant accessibles au public à mobilité réduite. Cette situation reste néanmoins exceptionnelle par rapport à l'ensemble des structures ayant participé aux entretiens :

« Nos locaux sont accessibles. Les locaux accueillait avant la résidence autonomie, ce qui fait que les logements sont adaptés, les salles de bain ont des sièges dans les douches italiennes, il y a des poignées. Tout est adapté, c'est grand » (professionnelle de pension de famille).

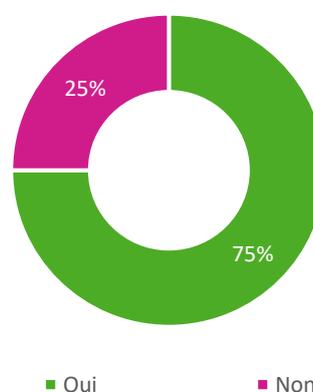
Pour rappel, l'étude régionale menée par le CREA en 2023 a montré qu'un quart des résidences ne dispose d'aucun logement accessible aux personnes à mobilité réduite et 55 % en proposent quelques-uns. En outre, pour un quart des résidences ligériennes, les espaces collectifs ne peuvent pas accueillir de personnes à mobilité réduite.

Figure 3 : Accessibilité des logements et des espaces collectifs des résidences

Les logements peuvent-ils accueillir des personnes à mobilité réduite ?



Les espaces collectifs peuvent-ils accueillir des personnes à mobilité réduite ?



Sources : Enquête Pensions de famille CREA PDL 2022, 56 répondants, exploitation CREA PDL, 2022

Les professionnels interrogés sont particulièrement inquiets du risque de chute, dans le logement ou dans les escaliers par exemple. Les résidents vieillissants dont la mobilité est limitée peinent à entrer et sortir de chez eux.

Certains professionnels expliquent que lorsque l'un des logements adaptés à l'accueil de personnes à mobilité réduite se libère ou bien un logement situé au rez-de-chaussée dans les immeubles sans ascenseur, ils peuvent alors le proposer à un résident vieillissant.

« Avec les alcoolisations au 1^{er} étage, quand le logement PMR s'est libéré au rez-de-chaussée, on l'y a installé. Pour éviter les chutes dans les escaliers. Pour que ce soit aussi plus simple pour lui pour les douches » (professionnelle de pension de famille).

Néanmoins, cela n'est pas toujours possible, comme l'explique cette professionnelle, qui ne peut proposer de logement plus adapté à un monsieur en grande difficulté pour grimper les escaliers jusqu'au deuxième étage où se trouve son appartement :

« On a un monsieur qu'on accompagne depuis presque 6 mois dans des problèmes de santé qui le réduisent beaucoup au niveau de sa mobilité, au niveau des douleurs. Et lui, il est au 2^e étage mais on ne peut pas lui proposer de chambre au rez-de-chaussée alors qu'il a du mal à monter les escaliers, il est essoufflé. Il nous demande à passer au rez-de-chaussée ou au 1^{er} étage au moins, mais ce n'est pas possible [car les logements sont occupés] » (professionnelle de pension de famille).

Idem pour cette autre professionnelle, qui évoque la situation d'une résidente vieillissante dont le logement est situé au premier étage, sans ascenseur, mais qui ne peut bénéficier d'un appartement au rez-de-chaussée, faute de disponibilité :

« Il y a une résidente qui a des problèmes pour marcher et qu'il faudrait qu'on descende [au rez-de-chaussée]. Mais les [locataires qui y vivent] ne veulent absolument pas remonter. Donc là, on arrive à nos limites. Donc en effet, les pensions de famille ne sont pas forcément conçues pour un public à mobilité réduite » (professionnelle de pension de famille).

Le manque de logement PMR (ou leur manque de disponibilité quand la résidence en compte quelques-uns) peut d'ailleurs compromettre l'accueil de nouveaux résidents s'ils présentent des difficultés en matière de mobilité, explique cette professionnelle, liées ou non au vieillissement d'ailleurs :

« Notre résidence n'a pas d'ascenseur et nous avons plusieurs étages. Même l'appartement au rez-de-chaussée, il y a une marche pour y accéder. Donc rien n'est accessible. On sait qu'il y a des personnes qui vont partir, qu'on a une liste d'attente mais il y a des personnes qu'on ne va pas pouvoir accueillir parce que le logement qui se libère est au 2^e étage, au 3^e sans ascenseur. Et du coup ce n'est pas adapté » (professionnelle de pension de famille).

Pour plusieurs situations, les professionnels de pension de famille ont accompagné, notamment en lien avec le mandataire judiciaire pour les personnes sous mesure de protection judiciaire, la mise en place d'équipement permettant d'accroître l'accessibilité du logement : lit médicalisé, siège-douche adapté, etc. Dans plusieurs situations, le professionnel de pension de famille a contacté la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) ou MDA (Maison Départementale de l'Autonomie), en lien avec le mandataire également le cas échéant, afin que le résident puisse déposer un dossier de demande d'aides pour l'aménagement du logement, notamment pour qu'il puisse utiliser la douche en toute sécurité. Dans cet extrait, la professionnelle et le résident ont été orientés par l'évaluatrice de la MDA vers un ergothérapeute :

« Il a fallu un financement pour l'aménagement du logement en termes de sécurité dans la salle de bain, pour qu'il puisse rentrer dans sa douche en sécurité, acheter un siège adapté à sa douche pour s'asseoir. Au départ, l'évaluatrice de la MDA nous a informé des aides possibles et nous a dit qu'il allait falloir contacter un ergothérapeute. Mais je ne savais pas quel ergothérapeute contacter. La MDA a directement transféré le dossier de Monsieur vers une ergothérapeute qui va venir voir le logement, faire le devis. La MDA est assez facilitante » (professionnelle de pension de famille).

Néanmoins, une professionnelle observe que ces aménagements, « très vite, ça devient insuffisant ». Même situé au rez-de-chaussée ou accessible par un ascenseur, c'est aussi la taille du logement qui peut s'avérer insuffisante pour accueillir convenablement un locataire en fauteuil roulant, pour qu'il puisse s'y mouvoir mais aussi recevoir d'autres personnes, dont les éventuels intervenants à domicile.

⇒ **L'accessibilité des locaux doit tenir une place prépondérante dans tout nouveau projet d'ouverture de pension de famille**

2.2 Les difficultés en matière d'entretien du logement

Dans les situations d'accompagnement de résidents vieillissants évoquées lors des entretiens avec les professionnels, les répondants évoquent fréquemment **des difficultés – plus ou moins importantes – à entretenir son logement, nécessitant souvent la mise en place de services d'aide à domicile**. Ces difficultés peuvent aussi concerner des résidents plus jeunes, mais elles sont particulièrement prégnantes chez les plus âgés, dont l'état de santé peut être fragile, comme nous l'avons vu plus haut.

Dans certaines situations décrites, les résidents vieillissants n'avaient pas (ou trop peu) d'heures d'aide à domicile, pour diverses raisons qui seront exposées dans la section suivante. Dans certains cas, les difficultés d'entretien du logement rencontrées par les résidents concernés ont pu conduire des hôtes à effectuer des tâches ne relevant pas de leurs missions premières, notamment assurer une partie des tâches ménagères lorsque l'appartement devenait trop sale. Les professionnels ayant vécu ces situations expliquent qu'ils ne leur étaient pas possible, au regard de leurs valeurs, de laisser la personne dans cet état, au nom du respect de la

dignité humaine. Mais ils rappellent aussi qu'il s'agit là d'une situation anormale, au sens où cet accompagnement ne relève pas de leurs missions. Une forme d'autonomie est en effet généralement requise⁷ pour pouvoir vivre en pension de famille, « *mais avec le public vieillissant, c'est bien plus compliqué* » explique une professionnelle.

« Une fois, avec ma collègue, on s'est dit que non là, ce n'est vraiment pas possible, on donne un coup de ménage, on fait quelque chose. On l'a fait toutes les deux. Ça devenait vraiment trop et le résident était d'accord pour qu'on le fasse » (professionnelle de pension de famille).

« Je savais ce qu'il était apte à faire et ce qui était compliqué. Je lui faisais nettoyer le lavabo et la douche pendant que moi je nettoyais le miroir. Il faisait sa vaisselle pendant que je nettoyais les plaques électriques. Oui, bien sûr, j'ai été amenée à l'aider. Même si ce n'est pas dans mes missions » (professionnelle de pension de famille).

Les professionnels concernés ont tous précisé n'intervenir qu'en dernier recours et à la condition d'obtenir l'accord du résident. Certains répondants ont en effet été confrontés au refus du locataire, refus qu'ils ont dû accepter malgré l'état du logement :

« Ce monsieur a toujours refusé que nous, professionnelles de la pension de famille, on fasse des tâches d'entretien ou d'hygiène pour lui. On a accepté ce refus. Tant pis si ça s'empilait, tant pis s'il risquait d'y avoir une invasion de blattes ou je ne sais quoi dans son appartement » (professionnelle de pension de famille).

« Ce monsieur sait que si vraiment il est en difficulté, il peut faire appel à nous. Il ne le fait pas parce qu'il dit que ce n'est pas notre rôle » (pension de famille).

L'aide des professionnels de pension de famille peut aussi consister en d'autres types de soutien. Par exemple, certains répondants ont accompagné, en lien avec le mandataire judiciaire, l'achat d'un aspirateur-balais pour que le résident, fatigable, puisse plus facilement nettoyer son appartement. D'autres ont élaboré avec certains résidents des calendriers d'entretien du logement, afin de les aider à mieux s'organiser et à leur rappeler les tâches à effectuer :

« C'est arrivé que pour essayer de lui donner un coup de boost, on faisait des plannings au mois : par exemple quel jour souhaitez-vous passer l'aspirateur ? etc. Et en général ça fonctionne bien... Mais un temps seulement... » (professionnelle de pension de famille).

Enfin, plusieurs situations critiques ont été décrites dans les entretiens, tels que des logements insalubres, infestés ou très encombrés, avec des travaux de remise en état pouvant s'avérer coûteux :

« En quelques mois, son logement a eu plus de 3000 euros de dégâts. Le deuxième logement PMR où il a vécu, ce sera aussi beaucoup de travaux de remise à neuf, à cause de l'insalubrité » (professionnelle de pension de famille).

« Une entreprise a dû intervenir pour faire le grand nettoyage. Il n'a pas eu le choix. Avec ces histoires de bestioles, de cafards, ça a pris des proportions... » (professionnelle de pension de famille).

« Il a une grosse, grosse difficulté pour s'occuper de son logement. Ce monsieur achète tout ce qui lui fait plaisir, donc le logement est extrêmement encombré, avec beaucoup d'objets » (professionnelle de pension de famille).

⁷ L'étude de 2023 menée par le CREA I montre que le manque d'autonomie constitue le premier motif de refus parmi les pensions de famille ayant refusé des orientations du SIAO en 2022.

On notera également plusieurs situations relatées dans les entretiens marquées par des difficultés à entretenir son hygiène corporelle. Outre les représentations sociales associées à l'absence de propreté, une mauvaise hygiène corporelle peut occasionner des problèmes de santé.

2.3 Des difficultés en matière d'alimentation

Outre les difficultés d'entretien du logement, plusieurs situations ont été décrites où des résidents vieillissants **ne s'alimentaient plus correctement, voire ne mangeaient plus**, avec des effets délétères sur leur état de santé déjà fragilisé.

« Il ne mangeait plus, il avait énormément maigri » (professionnelle de pension de famille).

« L'alimentation était de plus en plus compliquée, il a perdu énormément de poids » (professionnelle de pension de famille).

Ces difficultés sont souvent accompagnées de symptômes dépressifs, de problèmes médicaux ou encore de douleurs, expliquent les répondants. Les résidents concernés manquent de force, d'énergie, ils se retirent souvent du collectif et participent moins, voire plus du tout, aux activités proposées au sein de la résidence :

« Il est très vite fatigable et il ne se nourrit pas très bien, il n'arrive pas à récupérer des forces » (professionnelle de pension de famille).

« Il y a eu des premières douleurs dans les jambes, il se sentait très fatigué, il ne mangeait plus, il était déshydraté » (professionnelle de pension de famille).

Les difficultés liées à l'alimentation sont parfois liées au fait que la personne a du mal à s'organiser pour confectionner des repas, n'est pas ou plus en capacité d'aller faire des courses, a des limitations motrices qui l'empêchent de cuisiner ou encore une perte d'appétit. Certains résidents peuvent aussi consommer des produits très largement passés de date, risquant alors des intoxications alimentaires.

« Cette dame a des problèmes d'autonomie au niveau des mains, notamment de la pince. Ouvrir une bouteille, une conserve, c'est compliqué. Et pour ouvrir une conserve, elle ne vient pas nous voir et elle est capable de ne pas manger un soir parce qu'elle n'a pas réussi à l'ouvrir » (professionnelle de pension de famille).

Confrontés à ce type de situations, les professionnels peuvent parfois s'appuyer sur le médecin traitant, les services infirmiers qu'ils peuvent alerter. On note cependant que les situations décrites ont pour plusieurs d'entre elles duré dans le temps et ont pu conduire à des hospitalisations en urgence.

Les professionnels de pension de famille peuvent aussi proposer à la personne la mise en place de portage de repas à domicile. Néanmoins cette solution n'est pas toujours adaptée lorsque la difficulté ne réside pas dans le fait de cuisiner, comme on le voit dans l'extrait suivant, où le résident ne mangeait pas les repas qui lui étaient apportés :

« Il commençait aussi à perdre en autonomie, malgré le passage des aides à domicile qui l'aidaient pour le ménage, les courses, lui faire à manger... On avait même mis en place le portage des repas mais finalement, ça n'a pas fonctionné parce qu'il ne mangeait pas du tout les repas. Il stockait son alimentation. Soit il gardait et puis ça devenait périmé et du coup il fallait sans cesse vérifier. Soit il passait ses repas aux voisins. Mais lui ne se nourrissait pas. Et quand lui faisait ses propres courses, il fallait aussi être vigilant parce qu'il achetait en quantité et qu'un plat pouvait lui durer une semaine,

même s'il y avait du moisi, c'était pas grave. Il fallait aller regarder dans son frigo, malgré les aides à domicile qui étaient présentes » (professionnelle de pension de famille).

2.4 Prévenir, faire face aux risques de chute

Les chutes constituent un sujet récurrent parmi les situations de résidents vieillissants décrites par les professionnels de pension de famille interrogés. Elles sont souvent liées, mais pas toujours, à des problématiques de consommation d'alcool ou de drogues. Les chutes décrites peuvent avoir lieu dans le logement, dans les espaces communs de la résidence ou encore à l'extérieur, sur la voie publique. Elles peuvent être plus ou moins graves, certaines pouvant conduire à des hospitalisations, si la personne y consent.

Pour les professionnels interrogés, **les chutes constituent un sujet de préoccupation**. Ce risque de chutes est décrit comme une source d'inquiétude importante pour eux, du fait que la personne concernée n'est pas considérée comme étant en sécurité.

« Quand elle a commencé à perdre en autonomie, elle a acheté un déambulateur. Elle montait ses courses avec le déambulateur, ce qui était dangereux. On avait vraiment peur avec les escaliers quand on la voyait monter avec ses courses et son déambulateur. Elle n'avait pas d'aides à domicile, elle n'en voulait pas » (professionnelle de pension de famille).

Plusieurs professionnels expriment dans les entretiens **leurs craintes vis-à-vis des chutes intervenant en dehors de leur temps de présence**. Ils quittent leur bureau le soir ne sachant pas s'ils vont trouver la personne au sol le lendemain matin, expliquent plusieurs d'entre eux. Bien qu'un système d'astreinte soit généralement mis en place, les personnes n'appellent pas toujours, comme on le voit dans cet extrait :

« Mais le soir, les hôtes ne sont pas là après 17h. Il y a certes une astreinte mais cette dame n'appelait pas. On l'a plusieurs fois retrouvée au sol, avec des blessures du fait des chutes (arcades sourcilières ouvertes, bleus aux jambes...). Et impossible de lui faire accepter d'aller chez le médecin ou de se faire hospitaliser, elle ne voulait pas » (professionnelle de pension de famille).

Ces craintes peuvent aussi être partagées par les autres résidents, expliquent plusieurs professionnels.

« Et quand nous on n'est pas là, il reste juste les autres résidents, avec cette responsabilité quelque part : s'il tombe, qu'est-ce qu'on fait ? » (professionnelle de pension de famille).

Plusieurs solutions ont été évoquées par les professionnels de pension de famille interrogés, avec des limites cependant :

La mise en place d'un système de téléassistance : notamment des bracelets d'urgence permettant de détecter et signaler les chutes. Dans plusieurs situations, ce service était à la charge du résident, notamment lorsque la PCH n'avait pas été mise en place ou était en cours d'obtention. La PCH peut être utilisée en effet pour financer ce service. Une difficulté a cependant été soulevée par plusieurs professionnels de pension de famille : les résidents n'ont pas toujours de numéro d'urgence à donner autre que celui de la structure. Or les professionnels ne sont pas disponibles 24h/24. Dans le cadre d'une situation décrite en entretien, une boîte-à-clefs a ainsi installée avec un code détenu par le service de téléalarme qui le transfère directement aux pompiers lorsque les professionnels de la pension de famille sont absents.

La prescription de chaussures anti-chutes

La réservation/utilisation d'un fauteuil roulant lors des sorties

Proposer à la personne d’emménager dans un logement accessible aux personnes à mobilité réduite : quand cela est possible néanmoins car ces logements sont peu nombreux et souvent déjà occupés, impliquant d’attendre qu’ils se libèrent.

« Avec les alcoolisations au 1^{er} étage, quand le logement PMR s’est libéré au rez-de-chaussée, on l’y a installé. Pour éviter les chutes dans les escaliers. Pour que ce soit aussi plus simple pour lui pour les douches » (professionnelle de pension de famille).

Se mettre davantage en relation avec des acteurs tels que le CLIC, dans une démarche de prévention :

« On aurait tout intérêt à organiser une rencontre avec le CLIC par exemple. Faire venir des professionnels autour de la prévention sur les chutes, etc. On aurait intérêt à faire venir différents acteurs qui travaillent autour du vieillissement. Pour sensibiliser » (professionnelle de pension de famille).

Certains professionnels de pension de famille interrogés expliquent **ne pas connaître les gestes et techniques pour relever une personne vieillissante tombée au sol**, ou bien ne pas être en capacité de les réaliser notamment lorsqu’ils sont seuls.

« Cette dame tombe régulièrement et se casse des choses. Ce n’est pas facile de la relever car lorsqu’elle est au sol, c’est un poids mort et elle pleure. Elle est complètement tétanisée, incapable de se relever » (professionnelle de pension de famille).

« Il y a eu des fois où heureusement que j’avais mon collègue pour venir m’aider à relever ce monsieur, qui était tombé, tout trempé, pour le soulever et le mettre sous la douche. Ce monsieur est très grand. Le soulever, ça ce sont des gestes qu’en tant qu’éducatrice, je n’ai pas appris. Et ce n’est pas dans mes missions non plus... » (professionnelle de pension de famille).

A plusieurs reprises, des professionnels ont indiqué que **ces tâches – relever une personne vieillissante qui est tombée – ne relevaient pas de leurs missions ni champ de compétences**. Et dans certaines situations, lorsque le professionnel contacte les pompiers, le résident peut se montrer agressif ou s’opposer à ce que les services d’urgence soient appelés.

« Si la personne tombe : on appelle les pompiers ou pas ? Sachant que la personne peut insulter ou agresser le pompier. Donc finalement, on est obligé de prendre des responsabilités parce qu’on est dans le quotidien, mais normalement ce sont des actes « médicalisés », on devrait être accompagné. Une personne vieillissante qui est tombée, on ne devrait pas normalement la relever... » (professionnelle de pension de famille).

Lorsque les hôtes sont absents et que les services de secours n’ont pas été contactés, ce sont parfois les résidents qui se chargent de relever la personne.

2.5 Continuer à vivre chez soi grâce aux services à domicile, une aide pas toujours facile à accepter pour les résidents

Dans de nombreuses situations décrites dans les entretiens auprès des professionnels de pension de famille, les résidents vieillissants bénéficient de services d’aide à domicile, particulièrement pour l’entretien du logement et les courses. Ce sont les hôtes qui généralement repèrent le besoin d’accompagnement, en parlent

à la personne concernée et engagé avec elle, si elle le souhaite, les démarches administratives (MDPH, MDA), en lien avec le mandataire judiciaire le cas échéant.

Les situations décrites sont très variables : la mise en place de ces services peut se faire sans difficulté, avec des résidents qui adhèrent à ces propositions de soutien, certes parfois après une période plus ou moins longue de réflexion. Mais dans d'autres cas, les personnes s'opposent catégoriquement à ces interventions ou bien, lorsque l'accompagnement a été mis en place, les aides à domicile finissent par cesser de venir, la situation devenant ingérable pour elles (comportements déplacés, logement insalubre, refus de la personne à les laisser entrer...).

La fine connaissance qu'ont les professionnels de pension de famille vis-à-vis des résidents qu'ils côtoient presque tous les jours leur permet d'identifier rapidement, voire d'anticiper, les besoins d'accompagnement en matière de maintien à domicile. Ils peuvent alors contribuer à la mise en place de démarches, comme c'est le cas dans l'extrait suivant :

« Madame a eu une grosse perte d'autonomie, je l'ai emmenée chez le médecin traitant pour revoir la grille AGIR dans un premier temps. Le médecin a vu qu'elle avait vraiment besoin d'une aide matérielle, notamment déambulateur et a fait une demande pour une PCH (Prestation de Compensation du Handicap). La PCH a été accordée, ça lui a permis d'avoir une aide à domicile, un peu d'aide humaine et des aides matérielles » (professionnelle de pension de famille).

Les professionnels de pension de famille peuvent aider à orienter la nature des prestations d'aide à domicile lorsque la personne est en difficulté pour exprimer ses besoins. Ils contribuent aussi à alimenter l'évaluation des besoins réalisées par la MDPH ou la MDA pour l'obtention des aides (APA, PCH), puisqu'ils connaissent les personnes dans leur quotidien. C'est ce qu'explique cette professionnelle, qui a réalisé les démarches en lien avec le mandataire judiciaire pour la mise en place d'une PCH pour une résidente :

« Madame est sous mesure de protection. Avec le mandataire, on a fait une demande de PCH auprès de la MDA, pour de l'aide humaine pour l'entretien du logement et la prise en charge du taxi pour aller aux rendez-vous. Le mandataire a contacté la MDA pour fixer le rendez-vous pour l'évaluation PCH. Et c'est moi qui vais faire l'évaluation PCH avec la résidente. L'évaluatrice vient à la pension de famille et je serai présente à l'entretien, pour apporter des infos sur la vie au quotidien de cette dame » (professionnelle de pension de famille).

Mais à ce repérage des besoins par les professionnels de pension de famille peut s'opposer la temporalité de certains résidents. Accepter l'intervention d'un service d'aide-à-domicile, c'est aussi reconnaître la perte d'autonomie, c'est admettre qu'il y a un « avant » et un « après ». Cela peut prendre du temps, et pendant cette période, la situation de la personne peut se dégrader. Et certains résidents refusent toujours cette aide.

« Même quand on lui propose d'aller se renseigner pour un déambulateur, ce monsieur refuse « ah non je ne suis pas comme ça, je ne suis pas vieux... ». Il est dans un déni de son état. Il ne s'est pas regardé dans une glace depuis 10 ans, et d'ailleurs il n'a pas de miroir » (professionnelle de pension de famille).

Dans l'extrait suivant, la professionnelle interrogée explique qu'il aura fallu au moins deux années pour que la résidente concernée accepte l'intervention d'un service d'aide à domicile. Celle-ci n'en voyait en effet pas l'utilité, puisqu'elle avait toujours été autonome. La professionnelle interrogée met en lumière l'importance de la communication entre l'hôte (qui dispose d'une connaissance approfondie du fonctionnement du résident, de ce qui l'inquiète, de ce qui lui pose difficultés, de ce qui peut le faire réagir plus ou moins vivement) et les professionnels de l'aide à domicile, qui ont besoin de cette connaissance pour entrer plus facilement en lien avec la personne et tisser avec elle le lien de confiance nécessaire pour permettre leur intervention.

« Cette dame était dans le négatif au début, elle ne voyait pas l'utilité d'une aide à domicile, elle avait toujours été autonome, même avec son déambulateur, elle partait de l'idée que ça lui suffisait amplement. Sauf qu'elle a été victime de plusieurs malaises, on l'a plusieurs fois retrouvée au sol. C'était très difficile d'arriver à avoir un lien de confiance avec elle. C'était une grosse problématique pour nous car elle était plus ou moins dans le refus de l'accompagnement. Il a fallu plus d'un an à pour qu'elle accepte de m'écouter un peu. Une fois que j'ai su comment elle fonctionnait, j'ai pu briefer les aides à domicile et comme ça, ça se passait mieux. Mais il a fallu au moins 2 ans pour qu'elle accepte ces aides » (professionnelle de pension de famille).

C'est parfois à l'issue d'un épisode de crise que la personne accepte la mise en place de l'aide-à-domicile, là où elle avait refusé jusque-là ce soutien. Ce sont des événements au cours desquels la personne se trouve – parfois brutalement – confrontée à sa perte d'autonomie, qui l'amènent à prendre conscience d'un besoin d'aide, expliquent plusieurs professionnels interrogés :

« Monsieur était d'accord pour la mise en place des aides. C'est lié à une crise importante : on l'a retrouvé dans son lit, souillé mais à un point important... Sorti de sa crise, quand il a réalisé dans quel état il était, il a eu honte. Et il a eu le souhait d'avoir de l'étayage. Il a pris conscience qu'il avait besoin d'être aidé » (professionnelle de pension de famille).

Dans l'extrait suivant, la professionnelle décrit la situation d'une résidente vieillissante sortante d'hospitalisation, pour qui la mise en place d'une aide à domicile a demandé beaucoup de temps, de discussion et de négociation. Cette professionnelle insiste sur l'importance de respecter la temporalité de la personne, de ne pas la brusquer, bien que cette situation puisse être qualifiée d'urgente et d'insécurisée par l'équipe :

« Là, elle est revenue à domicile. On a pu quand même travailler avec un service d'aide à domicile très spécifique pour les personnes en situation de handicap, où il n'y a qu'une seule intervenante. On a réussi à négocier avec Madame pour qu'il y ait au minimum trois interventions. Et on s'est dit on y va tout doucement. Même si elle prend très peu de choses, le peu qu'elle prendra, ce sera déjà ça » (professionnelle de pension de famille).

Plusieurs professionnels de pension de famille ont expliqué avoir dû reposer le cadre et le sens de l'intervention des aides-à-domicile, pour des résidents qui pouvaient démontrer des comportements agressifs ou méprisants à l'égard des intervenantes. Certains, sans présenter forcément d'agressivité, peuvent aussi ne pas ouvrir la porte ou être sortis au moment du passage de l'intervenant à domicile, ne permettant pas ainsi la réalisation de l'accompagnement.

« La mise en place des aides à domicile s'est très bien passée car c'est un monsieur qui est très gentil. Il pouvait être agressif des fois, quand il avait consommé mais ça ne durait pas. Il suffisait de lui dire « non, ne parlez pas comme ça, l'aide à domicile, ce n'est pas votre chien. Bon il se fâchait un coup, il gueulait un bon coup et c'était fini quoi. Mais il n'était pas violent et il était d'accord que des professionnels viennent chez lui » (professionnelle de pension de famille).

La communication avec la personne, en présence ou non des partenaires tel qu'un responsable du service d'aide à domicile ou le mandataire judiciaire, est alors très importante, expliquent cette professionnelle de pension de famille et cette cheffe de service, dont le rôle est présenté comme celui de « médiatrice » :

« Avec la responsable du service d'aide à domicile, on faisait des temps ensemble avec la personne, on rappelait les objectifs, les buts pour remettre du sens aussi. Rappeler que ce n'est pas une femme de ménage, c'est une aide. Parce que certains ont tendance à dire « je la paye donc elle fait mon ménage ». Non, le but c'est aussi que la personne participe et qu'il y ait du sens et pour elle et pour le

résident. Et nous on a ce rôle un peu de médiateur, on réajuste un peu parfois. On a ce rôle de coordinateur » (professionnelle de pension de famille).

« Monsieur était verbalement insultant, il a insulté les aides à domicile, l'équipe... J'ai sollicité la mandataire pour qu'elle se déplace, qu'elle vienne rappeler à monsieur l'intérêt et l'importance de l'aide à domicile. Donc elle allait dans notre sens, elle était plutôt soutenante » (chefe de service).

Certains professionnels de pension de famille interrogés ont évoqué les difficultés que peuvent rencontrer les intervenantes des services d'aide à domicile lorsqu'il s'agit d'accompagner des publics en situation de précarité telles que les personnes vivant en pension de famille. Dans cet extrait, la professionnelle interrogée commente le manque de sensibilisation et de formation de ce personnel, à risque de ressentir des craintes, des appréhensions, voire faire l'objet d'un épuisement professionnel :

« Parmi les difficultés il y a le manque de personnel [de l'aide à domicile] formé à nos publics. Je vais parfois à leurs réunions pour sensibiliser à nos publics. Ce personnel peut être épuisé par nos publics, certains ont peur aussi de certains comportements et attitudes et ne sont pas formés à l'accompagnement des personnes vulnérables. Pour certains, c'est difficile d'arriver chez un monsieur qu'on va trouver énervé... » (professionnelle de pension de famille).

Plusieurs situations ont été décrites où les services d'aide à domicile ont cessé d'intervenir auprès de la personne, notamment du fait de son comportement ou de l'état d'incurie du logement. Cette cessation d'accompagnement n'est pas sans poser problème aux professionnels de la pension de famille.

« Les aides à domicile ont fait valoir leur droit de retrait. L'entretien du logement était devenu impossible pour elles » (professionnelle de pension de famille).

« Les aides à domicile suffisaient au départ mais après non. Ça s'est compliqué quand il n'ouvrait plus la porte parce qu'il partait s'alcooliser. Le matin, quand les aides à domicile arrivaient, il était toujours alcoolisé dans le lit. Elles commençaient à ne plus vouloir intervenir, ce qui peut se comprendre parce qu'il faisait partout dans le logement, dans le lit, le matelas, par terre. Et il dormait dedans » (professionnelle de pension de famille).

« Pour ce monsieur, les aides à domicile ne voulaient pas intervenir seules, mais à deux. Sauf que l'une des deux personnes est partie et n'a pas été remplacée. Donc le contrat s'est fini. C'était extrêmement difficile de maintenir les aides à domicile de ce monsieur du point de vue de son comportement et de son attitude » (professionnelle de pension de famille).

On relèvera que dans la plupart des pensions de famille interrogées, les liens avec les services d'aide à domicile sont décrits comme plutôt fluides, avec des échanges assez réguliers autour des situations des personnes accompagnées.

« Les échanges sont assez faciles avec les aides à domiciles, on fait des points réguliers en fonction des situations pour que l'accompagnement corresponde vraiment aux besoins et à ce que veut la personne, parce que nous on les connaît au quotidien. Quand une nouvelle aide à domicile vient, on demande toujours à faire un point avec elle » (professionnelle de pension de famille).

Quelques professionnels de pension de famille ont cependant témoigné de difficultés à collaborer avec les services d'accompagnement à domicile. Malgré leurs demandes, ces professionnels n'ont pas pu avoir d'échanges avec certains intervenants. Ces mêmes professionnels regrettent de n'avoir été sollicités que pour résoudre des conflits entre un résident et l'aide à domicile. Ces situations restent cependant assez marginales dans l'échantillon de professionnels sondés.

« On a constaté que parfois il y avait un gros étayage d'intervenants pour des résidents mais qu'on manquait un peu de liens avec tous ces intervenants. Et on a même eu l'exemple où on n'était tellement pas calés et pas d'accord sur la manière d'accompagner la personne que ça a été à sa défaveur. Alors c'est rare, ça n'est arrivé qu'une fois. Mais entre la mandataire et l'aide à domicile, elles n'étaient absolument pas d'accord sur l'accompagnement » (professionnelle de pension de famille).

Les étayages à domicile (services d'aide à domicile, services infirmiers) sont présentés, dans nombre de situations, comme une nécessité pour que la personne puisse continuer à vivre au sein de la pension de famille, expliquent plusieurs professionnels rencontrés.

Dans certaines situations décrites lors des entretiens, la mise en place des aides à domicile pour les personnes qui les refusaient jusque-là peut être présentée comme la condition pour pouvoir rester au sein de la pension de famille. C'est alors un véritable travail de négociation qui s'engage avec ces résidents, explique une professionnelle, négociation qui reste néanmoins très fragile, avec le risque de briser le lien de confiance établi avec la personne :

« Je lui ai dit « mais vous savez, si vous voulez rester chez vous, vous n'avez pas le choix en fait, vous n'avez pas le choix que de prendre à minima les aides à domicile. Sinon vous ne pourrez pas rester ». Donc on est un peu dans la négociation de se dire, vous voulez rester, ok, mais il faut par contre accepter les aides. Mais c'est un travail vraiment de négociation. Et on est toujours sur un fil un peu tendu, on n'est pas à l'abri qu'elle n'ouvre plus la porte à l'aide à domicile » (professionnelle de pension de famille).

Cette négociation prend parfois la forme d'un ultimatum, posé par la direction dans l'exemple ci-dessous. Cette injonction faite explicitement à la personne, consistant à accepter un accompagnement à domicile sous peine de ne pouvoir rester, marque le fait que l'accompagnement que peuvent proposer les professionnels de la pension de famille ne suffit plus. On examinera un peu plus loin dans le rapport les questionnements éthiques soulevés par ce type de situations, dans un contexte où les solutions de logement alternatives à la pension de famille restent assez limitées pour les résidents vieillissants.

« On peut manquer d'étayage. Ce qui est compliqué, c'est quand c'est la personne qui refuse cet étayage. Moi en tant que cheffe de service, j'ai imposé à la personne de mettre en place une aide à domicile. A un moment donné, je ne lui laisse plus le choix » (cheffe de service).

2.6 Des professionnels amenés à devoir parfois accomplir des actes d'aide à la personne

Faute d'intervenants présents pour s'occuper de la personne vieillissante, les professionnels de pension de famille sont aussi parfois amenés à accomplir des actes ne relevant pas de leurs missions. Plusieurs reconnaissent avoir dû changer les protections de résidents vieillissants incontinents, comme on le voit dans cet extrait, qui montre une professionnelle ayant conscience de déborder, de ne plus être dans son rôle d'hôte, mais qui a tout de même agit, « ne pouvant laisser la personne comme ça ».

« Il s'est mis à être incontinent et ça, ça a été très compliqué. J'ai demandé avec la PCH d'avoir un complément d'aide humaine pour ce monsieur. Mais il n'était même pas apte à se changer seul ou à se mettre des changes. J'ai été aide à domicile pendant plusieurs années avant. Un matin, je suis arrivée, ce monsieur venait pour être sur le collectif mais il était complètement souillé dans son pantalon. Les aides à domicile étaient reparties car il n'avait pas voulu ouvrir. Je n'ai pas eu le choix. Je lui ai expliqué que je ne pouvais pas, moi, le laisser comme ça. Ça n'était pas pensable de le laisser dans ses excréments toute la journée. Et je lui ai demandé, est-ce qu'il acceptait, en lui expliquant que j'avais

déjà fait ce métier, avec des accompagnements à la toilette, est-ce qu'il acceptait que je l'accompagne pour la douche. Et c'est ce que j'ai fait, avec son accord. Ce n'est pas moi qui l'ai lavé, mais j'étais dans la salle de bain et je lui disais quoi faire. Parce qu'il ne savait plus ce qu'il faisait. Il allumait le jet d'eau 30 secondes puis disait ça y est, je suis douché. Il fallait vraiment être là pour lui dire, non il faut prendre du savon etc. La douche a duré trois quarts d'heure » (professionnelle de pension de famille).

Dans l'extrait précédent, la professionnelle explique s'être appuyée sur son expérience antérieure d'aide-à-domicile. Mais tous les répondants n'ont pas ce bagage ni les compétences associées, comme l'explique cette professionnelle :

« [Enquêtrice : Avez-vous dû le laver ou le changer ?] Non mais c'est sûr qu'on ne peut pas laisser les personnes comme ça. Et en même temps, j'aurais été dans l'impossibilité de pouvoir prendre en charge le corps d'un résident. Ce n'est pas du tout mon métier et là ça aurait complètement dépassé » (professionnelle de pension de famille).

Une autre professionnelle, qui elle aussi avait une expérience antérieure en matière de toilettes, explique pour autant qu'accomplir cet acte ne relève pas de sa mission, quand bien même elle y serait formée. Pour cette répondante, une solution pourrait consister à diversifier la composition des équipes de la pension de famille, par exemple en y intégrant un AMP (Aide Médico-Psychologique), afin d'assurer ces tâches d'aide à la personne :

« J'ai exercé dans un établissement où on faisait les toilettes. Donc ce sont des gestes que je connais. Mais maintenant ce n'est pas mon métier. Mais mettre une AMP en maison relais, pourquoi pas ? Parce qu'AMP, il y a le volet animation et aide aux tâches du quotidien. Ça m'est déjà arrivé de devoir changer quelqu'un qui était souillé. Et on s'est dit là, oui on dépasse notre mission. Quand la situation se dégrade et qu'on sent bien que la personne ne va plus pouvoir rester mais le temps de trouver une place, il faut pallier. Et même si on fait appel à un maximum de personnes extérieures pour maintenir la personne, ça n'empêche qu'à un moment... Voilà... » (professionnelle de pension de famille).

2.7 Soutenir la participation sociale des résidents vieillissants

Dans plusieurs situations de résidents vieillissants évoquées par les professionnels de pension de famille interrogés, ceux-ci décrivent des **risques d'isolement social qui tendent à s'accroître avec l'avancée en âge**. Pour certains du moins car il faut signaler que des contre-exemples ont aussi été dépeints, avec des résidents âgés présentés comme parmi les plus actifs de la pension de famille, très enclins à participer aux activités de la résidence et/ou à l'extérieur.

Les professionnels interrogés ont plusieurs fois décrit des résidents âgés participant moins aux activités à mesure de leur en avancée en âge, en lien ou non avec l'apparition de pathologies. Plusieurs évoquent une fatigabilité accrue, une mobilité plus faible, des baisses de moral voire des symptômes dépressifs. Certains se retirent du collectif, ne fréquentent plus les espaces communs et se renferment dans leur logement. Des difficultés relationnelles peuvent apparaître (ou s'aggraver si elles étaient déjà présentes) avec les autres résidents et/ou les hôtes.

« Ce monsieur était très demandeur d'accompagnement individuel quand il est arrivé. Il participait un peu sur le collectif. Finalement, au fur et à mesure, il s'est beaucoup renfermé, il ne voulait plus venir sur le collectif. Tous les gens étaient des cons » (professionnelle de pension de famille).

« Au début, il faisait des activités mais maintenant il est dans le refus de toute activité. Il dit que ça le fatigue » (professionnelle de pension de famille).

Ce renfermement sur soi peut s'accompagner d'une aggravation des consommations d'alcools ou de drogues, notent certains professionnels. Le changement de comportement peut apparaître assez brutalement, comme on le voit dans l'extrait suivant :

« Les premières années, il était participatif sur le collectif. Mais du jour au lendemain, changement de tempérament. Jusque-là, ça se tenait à peu près au niveau de l'alcool mais il s'est remis à s'alcooliser massivement. Il ne venait plus sur le collectif, il est devenu très agressif. Les accompagnements sont devenus très difficiles » (professionnelle de pension de famille).

L'aggravation des difficultés pour se mouvoir et se déplacer peuvent considérablement impacter la participation des résidents vieillissants aux activités. Lorsque celles-ci requièrent un effort physique, notamment de la marche, elles peuvent devenir inaccessibles :

« Il ne participe pas aux activités balade, etc. Il ne peut plus faire. Il n'a pas pu venir à un concert, alors qu'il adore la musique, parce que c'était tout debout [...] sur les autres activités, il n'a pas de problème pour participer sauf quand c'est physique, que ça demande de la marche etc., là il ne viendra pas. Il est beaucoup plus souvent assis » (professionnelle de pension de famille).

« Cette dame avait l'habitude d'être assez indépendante, de prendre le tram, faire ses courses... Chose qu'elle ne peut plus. Ça a eu un impact sur son moral » (professionnelle de pension de famille).

« Il a des gros soucis de déplacement, marcher ça devient compliqué. Il fait des tout petits pas, comme les personnes âgées » (professionnelle de pension de famille).

Face à ces risques accrus d'isolement, diverses solutions peuvent être mises en place. Les professionnels interrogés expliquent veiller à **toujours continuer à encourager, inciter la personne concernée à maintenir sa participation aux activités, même si elle reste chez elle**. *« On la pousse entre guillemets à s'adapter parce qu'on sait qu'elle est encore capable de faire des choses »* indique une professionnelle interrogée.

« Il participe de moins en moins aux activités, il se retire du collectif. On essaie de faire en sorte qu'il vienne à quelques temps. [...]. On essaie de le ramener vers le collectif mais pour le moment il le fuit, il préfère être sur un banc dehors, à siphonner ses bières » (professionnelle de pension de famille).

Mais il s'agit aussi de savoir **adapter les activités aux profils des personnes**. Cette pension de famille, qui accueille un public majoritairement vieillissant, a adapté la nature des activités proposées :

« Les activités ont été adaptées au public vieillissant : de la sophrologie, de la relaxation, du sport adapté, de la gym douce, de la marche à pied. On sent bien que tout ce qui est déplacement, ça peut être compliqué » (professionnelle de pension de famille).

Les horaires peuvent aussi être aménagés, en évitant par exemple le temps de la sieste en début d'après-midi. Certaines activités dites douces, organisées au sein de la résidence, peuvent être plus facilement saisies par les résidents vieillissants. C'est le cas du café belotte organisé chaque lundi matin dans cette pension de famille :

« Pour éviter l'isolement, même pour les autres résidents aussi, on a mis en place tous les lundis, on propose un café belotte. Et [ce monsieur dont la mobilité est très réduite] vient presque tous les lundis. Il va se saisir de ce moment qu'on a mis en place » (professionnelle de pension de famille).

Le soutien à la participation aux activités peut aussi passer par un accompagnement plus individualisé de la personne, lors d'une sortie par exemple, à condition que son autonomie demeure suffisante pour ne pas monopoliser la disponibilité du professionnel de la pension de famille, qui doit aussi être présent pour le reste du groupe. C'est ce qu'explique cette professionnelle, qui lors des sorties à la piscine doit aider une résidente

vieillissante à marcher dans les vestiaires et pour entrer dans l'eau, mais qui précise bien que celle-ci n'a pas besoin d'aide pour s'habiller.

« Pour les sorties par exemple à la piscine, je lui tiens le bras dans les vestiaires. Elle est capable de s'habiller, mais je dois l'aider à entrer dans la piscine, à en ressortir » (professionnelle de pension de famille).

Dans un autre exemple, une professionnelle explique avoir anticipé les difficultés de mobilité du résident : un fauteuil roulant va être loué pour lui permettre de participer à un séjour organisé avec la pension de famille. Mais encore faut-il que la personne accepte l'aide technique. Une autre professionnelle évoque le cas d'un Monsieur, *« qui pourrait utiliser un déambulateur au regard de son degré d'autonomie, mais qui est dans le déni de ses difficultés ».*

Dans cet autre exemple, la résidente en question est atteinte de la maladie d'Alzheimer. La professionnelle interrogée explique qu'il ne lui est pas possible de s'inscrire à une activité en avance, comme cela est en principe requis. En concertation avec les partenaires qui interviennent auprès de cette personne, il a été décidé de ne pas lui imposer cette règle, mais plutôt d'essayer de *« saisir le moment »*, c'est-à-dire de lui proposer au moment de l'activité d'y participer. Ce fonctionnement est possible dans une certaine mesure, principalement au sein de la résidence, certaines sorties nécessitant d'anticiper une organisation spécifique, comme l'explique la professionnelle :

« Pour l'adaptation des activités, c'est toute la difficulté avec cette dame qui a Alzheimer. On en parlait en concertation avec les partenaires justement cette semaine, c'est de se dire, on saisit le moment. C'est-à-dire qu'elle est de passage dans les couloirs, on va lui dire « est-ce que ça vous dit de participer avec nous ? ». C'est de la prendre sur le moment. On sait qu'on ne pourra pas anticiper une inscription sur les activités. Donc on prend sur le moment et on adapte. On essaye en tout cas. Ce n'est pas possible pour toutes les activités, mais pour celles qui se passent dans la résidence, c'est possible. Après pour une sortie à la mer où il faut s'inscrire... Ce sera plus compliqué par exemple » (professionnelle de pension de famille).

Lorsque la personne n'a pas pu participer à une activité, il peut s'agir de l'inclure différemment, par exemple en lui apportant une portion du repas collectif si elle n'a pas pu venir à l'atelier cuisine. Ces attentions sont décrites comme importantes par les professionnels interrogés, pour raccrocher la personne au collectif, pour lui rappeler qu'elle fait partie du groupe.

« Des fois il participe, des fois il ne participa pas et puis on s'adapte quand c'est trop compliqué pour lui. Ça peut être lui apporter une assiette toute prête du repas collectif parce qu'il n'a pas pu se déplacer et qu'on sait qu'il aime manger » (professionnelle de pension de famille).

Certains professionnels expliquent s'appuyer aussi sur les autres résidents. *« Il y a toujours quelqu'un pour la pousser en fauteuil »* indique une professionnelle au sujet de la participation aux sorties d'une résidente âgée à mobilité réduite. Disposer d'un équipement suffisant s'avère cependant nécessaire, notamment avoir un grand véhicule, reconnaît cette autre professionnelle, pour pouvoir transporter les fauteuils et autres aides techniques des personnes à mobilité réduite :

« Pour les sorties, on s'adapte. On a la chance d'avoir un grand véhicule, donc on peut y mettre le fauteuil roulant et le déambulateur » (professionnelle de pension de famille).

Plusieurs professionnels de pension de famille soulignent l'intérêt des services d'aide à domicile concernant la lutte contre l'isolement des résidents. Outre l'aide pour les courses ou l'entretien du logement, la présence d'une aide à domicile apporte une compagnie à ces résidents :

« Madame s'est bien habituée aux aides à domicile car elle disait que ça lui faisait une compagnie. Ça permettait aussi d'entretenir le logement qu'elle ne pouvait plus faire » (professionnelle de pension de famille).

« Monsieur a accepté assez facilement l'aide à domicile. Il a fait quelques remarques au début « elle passe mal l'aspirateur, machin ». Mais maintenant il est très content qu'elle vienne et ça lui fait de la compagnie. C'est toujours la même personne qui passe chez lui et chez son voisin de palier » (professionnelle de pension de famille).

2.8 Quelle place des résidents vieillissants au sein du collectif ?

Evoquant la place des résidents vieillissants au sein du collectif de la pension de famille, plusieurs professionnels interrogés soulignent l'entraide et la solidarité au sein du groupe.

« Les résidents sont assez solidaires les uns les autres pour savoir que Nathalie a besoin d'aide. Nathalie, lorsqu'elle vit mal la solitude, elle peut aller voir des résidents qui vont discuter avec elle » (professionnelle de pension de famille).

Certains résidents âgés ont été présentés comme des éléments moteurs du groupe, contribuant parfois très activement à la dynamique du groupe. C'est le cas de cette résidente, doyenne de la résidence, ou encore de ce monsieur, arrivé à la pension de famille à plus de 70 ans :

« Elle a 70 ans, mais c'est une des personnes les plus dynamique de la pension de famille. Cela peut paraître surprenant au regard de son âge et de ses problématiques. Elle est très présente dans le collectif, elle s'implique. Ça contribue grandement à la construction du lien avec nous. Elle est très impliquée » (professionnelle de pension de famille).

« L'arrivée de ce monsieur âgé au sein de la pension de famille a pu susciter au début des interrogations chez les autres résidents. Mais comme c'est un monsieur assez dynamique, il nous fait oublier son âge aussi. Il s'adapte plutôt bien » (professionnelle de pension de famille).

Quelques professionnels ont évoqué la mixité générationnelle, présente sur certaines résidences. Certains y voient une richesse, soulignant les liens d'entraide entre les plus jeunes et les plus vieux :

« La mixité des âges, c'est un atout, une richesse. Il y a de la solidarité qui s'instaure entre les plus jeunes et les plus anciens » (professionnelle de pension de famille).

D'autres indiquent que cette mixité peut s'accompagner de problématiques de vie collective, notamment en présence de très jeunes résidents... Aucun professionnel n'a cependant évoqué de conflits majeurs liés à la cohabitation de personnes d'âges différents.

« Sur la pension de famille, on a aussi des personnes très jeunes qu'on n'avait pas au départ. Cette mixité se passe bien, même si on a bien entendu des problématiques de vie collective » (professionnelle de pension de famille).

D'autres professionnels ont signalé des situations à risque d'abus, comme cette salariée interrogée :

« En même temps, les résidents peuvent être ressource ou pas... Parce que cette dame est hyper vulnérable et le souci c'est que certains peuvent abuser de la vulnérabilité des autres... Elle peut être aussi la cible de certains » (professionnelle de pension de famille).

Enfin, plusieurs professionnels interrogés soulignent que la présence d'une personne vieillissante en perte d'autonomie et/ou présentant des pathologies peut être perçue comme une charge, une responsabilité pour les autres résidents, ce qui peut même générer un sentiment de colère envers l'équipe. C'est ce qu'expliquent ces professionnelles, qui évoquent les inquiétudes que peuvent ressentir les résidents, notamment lorsque l'équipe n'est pas présente, le soir ou le weekend, lorsque la personne concernée est en difficulté (par exemple une chute...) :

« Les autres résidents s'inquiétaient. Quand ils voient quelqu'un en grande difficulté, ils nous appellent, nous disent « on a très peur pour lui, on ne sait pas quoi faire ». On renvoie aussi vers le droit commun, la police, les pompiers... Mais ce n'est pas toujours facile pour eux d'alerter » (professionnelle de pension de famille).

« Une fois, on rentrait d'une sortie avec des résidents et on a vu un camion de pompier en rentrant qui se dirigeait vers la résidence. On s'est dit, c'est sûr ils viennent chez nous. Et oui, ce monsieur était tombé et les pompiers arrivaient. On n'avait pas été là de la journée, le groupe arrive et voit les pompiers. Il y a eu un impact émotionnel, avec de l'inquiétude pour le groupe : comment va-t-il ? » (professionnelle de pension de famille).

« Certains résidents ont dû faire les gestes de premier secours et appeler le 15. Et il y a de réels traumatismes derrière, avec de la colère envers l'équipe : pourquoi vous n'étiez pas là, pourquoi c'est à nous de faire ça ? » (professionnelle de pension de famille).

C'est aussi le cas dans cette autre situation, où cette résidente vieillissante, qui souffre de troubles cognitifs, peut s'avérer très sollicitante, ce qui peut causer des agacements chez les autres personnes vivant dans la pension de famille :

« Des fois on se rend compte que finalement les résidents vont être plus ressource que nous au quotidien, parce qu'ils se voient presque tous les jours pour certains. Et c'est vrai que cette dame peut les solliciter au quotidien... elle peut aussi agacer parce qu'elle peut répéter 15 fois la même chose, répéter la même demande tous les jours et pour certains, ça peut être agaçant » (professionnelle de pension de famille).

Enfin, dans ce dernier extrait, la professionnelle interrogée évoque les impacts sur les autres résidents lorsqu'une personne est dans le refus de soins et d'accompagnement. Cet exemple montre la tension qui s'instaure entre le respect des droits individuels (entendre le refus d'aide) et la préservation du collectif, puisque les autres résidents peuvent être affectés par la situation. Les professionnels interrogés doivent ainsi concilier ces deux exigences, respect de la personne et responsabilité collective.

« Quand monsieur refusait le soin, oui on était isolé. Quand la personne est dans le refus de se faire soigner sa jambe, les infirmières ne le font pas du coup. Si une personne refuse de se faire soigner, il faut qu'on accepte ça. Mais avec les conséquences derrière au quotidien, dans le logement et dans l'environnement aussi parce que ça a un impact sur les autres résidents, sur le vivre-ensemble qui est compliqué aussi » (professionnelle de pension de famille).



3/ Des situations qui soulèvent des interrogations chez les professionnels, sur leur rôle, le sens et les limites de leur accompagnement

3.1 Un accompagnement individuel qui demande beaucoup de temps et une vigilance accrue, qui empiète sur l'accompagnement collectif

Interrogés sur les spécificités de l'accompagnement des résidents vieillissants, les professionnels des pensions de famille soulignent tous **le caractère chronophage que revêt l'accompagnement de ces situations, qui souvent prend le pas sur l'accompagnement collectif**, surtout lorsque l'état de santé de la personne se détériore et/ou que le maintien à domicile devient difficile. Si les situations les plus problématiques ne concernent généralement qu'une poignée de personnes au sein de la structure, elles prennent néanmoins beaucoup de place dans les emplois du temps des salariés de la résidence, qui doivent souvent assurer une veille accrue, avec des sollicitations, des besoins de présence et de réassurance exprimés parfois quotidiennement par la personne. Plusieurs professionnels interrogés évoquent des formes de sur-sollicitations, qui peuvent devenir « *complètement disproportionnées* » par rapport à l'accompagnement qu'ils peuvent offrir, pour reprendre l'expression d'une répondante :

« On trouvait que c'était quand même très prenant. Ce monsieur avait tendance aussi à beaucoup venir nous voir parce qu'il ne se souvient plus des rendez-vous. On doit l'appeler pour venir aux activités, sinon il ne vient pas. Il nous appelle les weekends parce qu'il ne se rappelle plus quel jour on est... Il nous appelle tard le soir parce qu'il ne sait pas quel jour on est » (professionnelle de pension de famille).

« Quand ce monsieur a commencé à se sentir moins bien, il faisait des angoisses le soir. Dix minutes avant qu'on parte le soir, il venait nous solliciter, notamment avec son agenda. Il reparlait de ses rendez-vous, qu'il était perdu, que ça n'allait pas. Alors que dans la journée, ça allait. On avait pourtant déjà mis en place un outil pour ses rendez-vous, avec des couleurs pour qu'il s'y retrouve. L'outil a été simplifié, retravaillé, mais au bout d'un moment ce n'était plus suffisant. On ne peut pas proposer de présence 24h sur 24. Or c'est ce besoin qu'on sentait de sa part, qu'il y ait quelqu'un tout le temps à contacter. On a des astreintes, mais ça ne suffit pas » (professionnelle de pension de famille).

« Cette dame a des problèmes de repères dans le temps et dans l'espace. Elle a aussi des angoisses importantes qui amènent à des hypers sollicitations. Elle me sature ma messagerie de téléphone. Elle a des obsessions, par exemple sur la partie financière et sur les papiers, de fortes angoisses » (professionnelle de pension de famille).

Ces sollicitations exacerbées ne sont pas sans conséquence sur la disponibilité des professionnels de la pension de famille vis-à-vis des autres résidents, comme l'expliquent plusieurs répondants. Or les textes de loi précisent bien qu'il est attendu des hôtes qu'ils jouent un « *rôle primordial d'animation et la régulation de la vie quotidienne de la maison* », notamment en animant les espaces et les temps communs à tous les résidents.

« Ça a eu un impact sur les autres résidents car on passait quasiment un tiers de notre journée avec lui. Il sollicitait parce qu'il se bloquait [le dos] chez lui. Ça nous prenait beaucoup de temps et pour les autres résidents, ça devenait difficile » (professionnelle de pension de famille).

La présence de résidents vieillissants, qui plus est lorsque le maintien à domicile devient compliqué, introduit également une **notion d'urgence dans l'accompagnement pour les professionnels** de pension de famille. Il faut parfois réagir vite, trouver une solution rapidement. Or les pensions de famille se définissent justement comme des dispositifs qui mettent à distance l'urgence. Il s'agit de logement pérenne, d'un lieu de vie proposant un accompagnement en principe sans limitation de durée.

3.2 Des accompagnements qui soulèvent des questionnements éthiques chez les professionnels

Lorsqu'ils évoquent dans les entretiens les situations de résidents vieillissants qu'ils ont pu accompagner, les professionnels de pension de famille font état de **questionnements éthiques** : jusqu'où dois-je aller dans mon accompagnement ? Qui et comment fixer la limite, notamment lorsque la personne n'a pas accès aux services dont elle aurait besoin ? Comment accompagner une personne dans l'état de santé se dégrade mais qui refuse toute aide ? Quelle est la place d'une personne en pension de famille qui ne participe plus à aucune activité, qui reste enfermée dans son logement, qui n'adhère plus à la vie semi-collective pourtant à la base du fonctionnement ces structures ? Comment faire face à la prise de risque, quand la personne se met clairement en danger en restant à domicile ? Quel sens donner à l'accompagnement quand la personne ne demande plus rien ? Comment accompagner la dégradation et la fin de l'existence ? ...

Les situations de vieillissement décrites dans les entretiens amènent les professionnels à s'interroger sur leur rôle, le sens et aussi les limites de leur accompagnement. Qu'il s'agisse d'un refus d'aide ou d'une carence, d'un manque d'accès aux services dont la personne aurait besoin, les professionnels interrogés expriment souvent un **sentiment d'impuissance**. Plusieurs décrivent l'impression d'être des témoins impuissants, qui assistent à la dégradation de la situation de la personne, sans pouvoir agir.

« L'équipe était mal aussi avec tout ça [face au refus d'aide de ce monsieur] parce qu'on voyait un monsieur se dégrader, sans pouvoir actionner quelque chose. Et ça, ce n'est pas simple à gérer dans le quotidien, dans l'accompagnement. Il y a un sentiment d'impuissance que de voir la situation se dégrader et en même temps être dans nos limites et de se dire bah non, on ne peut pas, tant que la personne n'est pas volontaire. C'est frustrant » (professionnelle de pension de famille).

« Des fois ce n'est pas simple car notre accompagnement n'est pas contractuel. Donc on fait avec ce que nous donne la personne, ce qu'elle est prête à faire » (professionnelle de pension de famille).

On relève que globalement, lorsqu'ils sont en proie à ces questionnements, **les professionnels sont assez isolés**. Ces questions sont en effet peu investies sur le plan institutionnel, à l'échelle des associations et organismes gestionnaires. Les **situations sont souvent gérées au cas par cas**, selon le degré d'urgence. Leurs interrogations des professionnels sondés débouchent très rarement sur des réponses et la plupart décrivent un sentiment d'inquiétude sur la manière dont ils pourront gérer ces situations de vieillissement lorsqu'elles concerneront non plus quelques cas mais un nombre plus important de résidents.

AXE 3 // Accompagner, lorsque la possibilité du maintien à domicile est questionnée ou remise en cause

Parmi les 42 situations évoquées lors des entretiens auprès des professionnels, 14 personnes étaient parties vivre dans un établissement pour personnes âgées (10 en EHPAD, 3 en résidence autonomie et 1 en résidence-service). Quatre autres personnes étaient hospitalisées, sans qu'un retour à domicile ne soit envisagé. Les professionnels interrogés se sont exprimés sur la manière dont se sont déroulés ces parcours et comment eux-mêmes ont accompagné les résidents concernés.

Cet axe s'articule ainsi autour de 6 points :

1. Construire le projet résidentiel avec la personne concernée ;
2. Les limites du maintien à domicile perçues par les professionnels ;

3. Construire le projet résidentiel collectivement, avec les partenaires ;
4. La place de l'hospitalisation dans les parcours des résidents dont le maintien à domicile est fortement questionné ;
5. Des solutions parfois possibles mais de nombreux freins à l'accès aux établissements pour personnes âgées ;
6. Préparer l'entrée en établissement et maintenir un lien après le déménagement.



1/ Construire le projet résidentiel avec la personne concernée

1.1 Des professionnels de pension de famille partagés entre le respect de la temporalité des personnes et la nécessité d'anticiper les démarches d'inscription

Dans tout projet de déménagement vers un établissement pour personnes âgées, **l'adhésion de la personne est indispensable**. C'est ce que souligne la chargée de mission Interface du SIAO 44 : pour fonctionner, le projet résidentiel doit être construit avec le résident concerné. En l'occurrence, pour qu'un accompagnement par la mission Interface du SIAO 44 puisse se mettre en place, la personne accompagnée doit avoir exprimé son souhait de vouloir quitter la pension de famille. Il est essentiel que celle-ci se sente prête, ne serait-ce déjà que pour accepter de s'engager dans cette réflexion. **Rechercher l'adhésion de la personne est ainsi présenté comme l'une des clefs de la réussite de ce type de parcours** (qu'un accompagnement par la mission Interface soit mis en œuvre ou non).

« Même s'il y a une place disponible, si la personne n'est pas dans l'adhésion, une entrée [en établissement pour personnes âgées] sera très violente pour elle. Si elle n'est pas dans l'adhésion, on risque d'aller au casse-pipe. La personne risque de mettre à mal l'accueil, de mettre les choses en échec, l'établissement va être en difficulté car ce n'était pas le choix de la personne... » (chargée de mission Interface).

Recueillir l'adhésion de la personne implique de **prendre en compte la temporalité propre à chaque résident**. Les entretiens montrent que des semaines, des mois, voire des années peuvent s'écouler avant que la personne ne se sente prête à partir, ou ne serait-ce qu'à envisager l'idée de devoir un jour quitter son domicile. Rappelons que pour certains résidents, le logement au sein de la pension de famille constitue le véritable premier « chez-soi » stable, après des années d'errance.

Cette temporalité peut se heurter à celle des professionnels de la pension de famille, qui se sentent parfois démunis et isolés face au caractère d'urgence et de dégradation avancée de certaines situations. Les professionnels interrogés sont également conscients des délais d'attente importants et des difficultés d'accès aux établissements pour personnes âgées souvent majorées pour les publics de pension de famille. Ils sont donc partagés entre le fait de respecter la temporalité de la personne concernée pour s'assurer de son adhésion et la nécessité de pouvoir anticiper le plus possible les démarches d'admission, pour espérer avoir sa place en EHPAD ou en résidence autonomie.

« Pour les personnes qui ont une cinquantaine d'années, on n'a pas du tout parlé de la suite encore. [...] ils viennent se stabiliser dans un endroit où justement on leur dit que c'est du logement durable et qu'il n'y a pas de temporalité. Donc non, on n'est pas encore du tout sur l'après. C'est nous qui nous posons ces questions en tant que professionnels, parce qu'on voit l'avenir et qu'on connaît les circonstances, les places sont chères... Les établissements sont de plus en plus remplis et les listes

d'attente de plus en plus longues. Donc forcément on se pose cette question-là pour nous » (professionnelle de pension de famille).

Plusieurs professionnels insistent néanmoins sur l'importance de pouvoir **commencer à évoquer assez tôt avec la personne concernée la possibilité d'un éventuel déménagement**, du moins commencer à l'interroger sur ses souhaits en cas de perte d'autonomie plus importante. Il ne s'agit pas de définir un projet dans l'immédiat, ni de forcer la personne à prendre des décisions, mais bien **d'ouvrir la discussion**, d'amener progressivement le résident concerné à réfléchir à ce qu'il souhaiterait ou non. Ce processus peut prendre parfois des années, notent plusieurs répondants interrogés, là où d'autres personnes savent déjà ce qu'elles souhaitent ou non. Il est cependant important de leur laisser le temps de cheminer dans cette réflexion, plutôt qu'elles se voient imposer une décision parce que leur situation est devenue trop critique pour permettre le maintien à domicile, sans avoir eu le temps préalablement d'exprimer des choix ou des préférences.

« On a travaillé les directives anticipées. On essaie d'aborder ce sujet-là, par rapport à leur décès mais aussi le vieillissement : où vous voulez finir votre vie... ici ? dans un EHPAD ? C'est une dégradation de la santé qui va faire qu'à un moment, est-ce qu'on peut ou pas maintenir ici... Et si non, qu'est-ce qui se passe ? Ce sont des choses qu'on va aborder. On a plutôt des retours sur le fait que les personnes veulent vieillir à la pension de famille. Ils se sont attachés et il y a des liens entre les résidents. Et avec nous aussi » (professionnelle de pension de famille).

Dans l'extrait précédent, on note que c'est à l'occasion d'un travail autour des directives anticipées que les hôtes en profitent pour aborder la question du lieu où la personne envisage ou souhaiterait vieillir. Au sein d'une autre pension de famille interrogée, c'est dans le cadre du projet personnalisé d'accompagnement que le sujet est abordé. A noter néanmoins qu'il s'agit là d'un choix institutionnel, les pensions de famille n'ayant pas l'obligation de contractualiser des projets personnalisés d'accompagnement avec les résidents. Cette pratique semble d'ailleurs plutôt minoritaire au sein de l'échantillon interrogé. **Dans l'ensemble, les discussions concernant le lieu du vieillir sont peu systématisées ou formalisées**, par exemple à compter d'un certain âge ou lors d'un entretien annuel. **Ces échanges avec la personne sont plutôt engagés au cas par cas**, selon que les professionnels de la pension de famille identifient un risque de rupture du maintien à domicile ou à la suite d'événements telle qu'une hospitalisation ou un décès au sein de la résidence.

On notera aussi que plusieurs professionnels interrogés expliquent avoir préalablement réfléchi, en lien ou non avec des partenaires, à des scénarios possibles pour la personne, sans la consulter directement dans un premier temps. Dans ces cas-là, l'équipe estime généralement que *« la pension de famille n'est plus adaptée à la personne »* et qu'une *« réorientation »* est nécessaire. Le scénario envisagé (souvent un EHPAD) est ensuite présenté progressivement à la personne, avec l'idée de travailler en vue d'obtenir son adhésion. Les professionnels interrogés rappellent qu'accompagner les résidents vers ce type d'accueil en structure pour personnes âgées peut prendre du temps, ne serait-ce que pour que la personne accepte que des démarches d'admission soient engagées. Il arrive que la personne décède avant même d'avoir pu visiter un établissement pour personnes âgées ou bien que son état de santé se dégrade au point de ne plus avoir la capacité d'exprimer ses préférences. L'aboutissement n'est donc pas forcément certain, comme l'explique cette professionnelle :

« On sait que pour certains résidents, l'accompagnement dans ces projets peut être très, très long et pour certains, on se dit qu'on n'y arrivera jamais. On fait trois pas en avant puis dix pas en arrière. En termes de connaissances, on sait quelles ressources sont présentes sur notre territoire, on est assez clair sur ce que sont les résidences autonomie, les résidences-services, les EHPAD. Mais on sait que ce sont des projets qui vont prendre énormément de temps, avec un aboutissement qui n'est pas forcément certain » (professionnelle de pension de famille).

Les partenaires, tels que les intervenants à domicile, peuvent être partie prenante de ce travail d'accompagnement, notamment pour rassurer la personne, faire le point avec elle sur ses capacités, lui réexpliquer ce que sont ces structures et parfois faire tomber certaines représentations que peut en avoir la personne. Il s'agit aussi d'être attentif au cheminement du résident et d'en tenir informés les professionnels de pension de famille, comme l'explique cette répondante à propos d'un locataire pour qui était envisagé une admission en EHPAD :

« Les professionnels qui gravitent autour, les infirmiers à domicile, les aides-à-domicile, l'équipe en interne ici ont fait ce travail de réassurance. Ça prend du temps. Mais ce qui était surprenant, c'est qu'il a fini par préparer lui-même ses affaires. Un jour, l'aide à domicile arrive et me dit « je pense que ça y est, il est prêt, parce que j'ai ouvert les placards et il avait commencé à mettre des choses dans le sac ». Donc c'est que ça cheminait » (professionnelle de pension de famille).

Faire face au changement, accepter de laisser derrière soi son chez-soi, ses habitudes, son confort n'est pas évident, d'autant plus pour des personnes qui ont souvent connu un parcours résidentiel très instable, avec parfois des périodes à la rue, des passages successifs en structures d'hébergement, etc., avant d'avoir pu enfin accéder à un logement s'apparentant à un véritable chez soi, en arrivant dans la pension de famille, où elles ont pu tisser des liens de confiance avec des voisins ou des professionnels.

« On a ensuite visité une résidence autonomie dans une petite commune. Pour l'instant Madame ne donne pas suite. Elle est demandeuse, on sent qu'elle a envie de partir, mais il y a des réticences, des angoisses, des craintes. Changement de lieu, d'équipe... Là, elle a confiance en l'équipe et je pense que de changer, ça lui fait peur » (professionnelle de pension de famille).

« Il aimait bien l'EHPAD où il était. Mais il aimait bien aussi son logement [dans la pension de famille], pour lui, c'était chez lui. C'est quand même compliqué de partir de l'endroit qu'on aime » (professionnelle de pension de famille).

1.2 Pouvoir vieillir quelque part où on puisse se sentir « chez-soi », en pension de famille ou ailleurs

Pouvoir vieillir dans un endroit où l'on se sent chez soi, que ce soit au sein de la pension de famille comme en EHPAD, est ressorti comme un thème important dans les entretiens auprès des professionnels interrogés. Il est certes fréquent, expliquent-ils, que les résidents souhaitent vieillir chez eux, dans la pension de famille. Et cette préférence n'est pas toujours partagée par les professionnels de pension de famille.

« Monsieur exprime son envie de décéder ici. Il dit bien je suis ici maintenant, c'est ma fin de vie, il se projette vraiment dans ce lieu-là. Si nous on pouvait choisir à sa place, oui, il serait en maison de retraite » (professionnelle de pension de famille).

On notera que **les positionnements peuvent être assez différents selon les structures**, certains professionnels déclarant s'attacher à respecter la volonté des résidents de vieillir voire de mourir chez eux – et donc d'accompagner ce choix du maintien à domicile jusqu'au bout de la vie – et d'autres indiquant ne pas pouvoir répondre à ce choix de vie, posant ainsi des limites au maintien à domicile au sein de la pension de famille. Ce sujet est abordé de manière plus approfondie plus loin dans le rapport.

Tous les résidents ne souhaitent pas vieillir et finir leurs jours en pension de famille. Dans plusieurs situations évoquées lors des entretiens, l'emménagement en EHPAD ou en résidence autonomie était le fruit d'un choix souhaité, construit et préparé.

Dans les situations décrites de départ vers un établissement pour personnes âgées, les professionnels interrogés mettent en avant **l'importance à ce que la personne puisse s'y projeter et s'y sentir chez elle**. Cela passe par exemple par le fait de s'apercevoir, lors d'une visite, que l'on pourra continuer à maintenir certaines habitudes de vie auxquelles on est attaché. Les visites de structures sont essentielles. C'est ce qu'on voit dans cet exemple que relate une professionnelle, au sujet d'une résidente vieillissante qui ne pouvait plus se rendre dans les commerces à proximité de chez elle, ceux-ci n'étant pas accessibles. C'est lors de la visite d'un EHPAD qu'elle a pu voir qu'elle pourrait à nouveau se rendre dans des magasins, cette fois-ci accessibles, et qu'elle allait pouvoir emmener certains de ses meubles :

« Madame avait l'habitude d'être assez indépendante, de prendre le tram, faire ses courses... Chose qu'elle ne pouvait plus faire. Ça a eu un impact sur son moral au début. Mais son moral s'est amélioré quand elle a visité l'EHPAD et qu'elle a vu qu'il était situé en face d'un supermarché et qu'elle pouvait faire ses courses. Elle savait que même en fauteuil, elle allait pouvoir aller au magasin. [...] Elle a aussi accepté la chambre car elle a compris qu'elle pouvait emmener des choses à elles, une commande, etc. Il y a eu des éléments qui l'ont rassurée et qui l'ont aidée à se projeter » (professionnelle de pension de famille).

Dans un autre exemple, ce monsieur a accepté de partir en résidence autonomie afin de se rapprocher du centre-ville et pouvoir ainsi profiter davantage des services de proximité. Comme l'explique la professionnelle interrogée, le maintien à domicile aurait pu être poursuivi mais la situation résidentielle de ce monsieur, qui trouvait son logement en pension de famille trop excentré alors qu'il ne pouvait plus se déplacer autant qu'avant, ne lui convenait plus :

« Ce monsieur va partir en résidence autonomie, il a 69 ans. Sa santé se dégrade. Mais il va partir en résidence autonomie en centre-ville. C'est parce qu'il souhaitait avoir davantage de services de proximité à disposition. Il se sentait loin de tout et donc il a souhaité partir en résidence autonomie en centre-ville. Il n'est pas parti parce qu'il ne pouvait plus rester à domicile donc » (professionnelle de pension de famille).

Il apparaît essentiel que **la personne puisse exprimer des préférences** vis-à-vis de tel ou tel type de structure, de tel ou tel type de contexte géographique, etc., même si elle fait face à de nombreuses contraintes comme le manque de places ou d'offre d'établissements.

« Il y a eu deux visites de deux résidences autonomie. Madame a visité, l'équipe était plutôt en attente, on trouvait que ça lui convenait tout à fait. Sauf que la proximité avec l'EHPAD a angoissé Madame. Et en plus, on est passé à un moment où il y avait des cris à l'EHPAD. Ça lui a rappelé des traumatismes, elle n'a pas souhaité. Et le fait que ce soit un peu excentré du centre-ville, c'est une personne qui apprécie être dans le centre-ville. Donc elle a décliné » (professionnelle de pension de famille).

Ce sont parfois de menus détails, mais qui ont toute leur importance pour la personne, qui peuvent l'aider à se projeter dans un ailleurs. Dans l'extrait suivant, ce monsieur n'a pu trouver de place dans un EHPAD proche de sa commune d'origine, comme il l'aurait souhaité. Néanmoins, il s'est aperçu que l'une des animatrices de l'établissement où il a été admis avait des origines géographiques communes avec lui, ce qui a facilité l'appropriation de son nouveau lieu de vie, selon la professionnelle de pension de famille interrogée.

« Monsieur voulait rester sur sa commune, mais l'EHPAD est finalement assez loin. Mais quand je suis allée le voir, il m'a dit qu'il s'y sentait bien, que l'animatrice était de la même commune que lui, ils avaient des connaissances en commun » (professionnelle de pension de famille).

1.3 Accompagner la prise de conscience de la personne vieillissante des limites au maintien à domicile

Dans les entretiens avec les professionnels de pension de famille, l'idée de devoir « *mettre la personne face au principe de réalité* » a maintes fois été mise en avant. Les professionnels interrogés expliquent en effet déployer plusieurs types d'arguments auprès de la personne vieillissante, destinés à lui **faire prendre conscience des difficultés qu'elle-même mais aussi que la structure rencontre concernant son maintien à domicile**.

Il s'agit notamment de mettre en lumière les arguments suivants auprès de la personne :

Les risques qu'elle encourt en restant à domicile : par exemple sur le fait qu'elle risque de chuter, de se blesser. Les arguments présentés font souvent référence à la notion de mise en danger pour la personne.

Les limites de l'accompagnement proposé par la pension de famille : « *c'est d'essayer de faire comprendre à la personne que c'est dans son intérêt et que notre structure va avoir à un moment donné des limites en termes d'accessibilité, de présence de professionnels de santé, c'est surtout ça* » explique une professionnelle interrogée.

Les limites en termes d'accessibilité des locaux : par exemple souligner le fait qu'il n'y a pas d'ascenseur et que la personne risque de se retrouver un jour bloquée dans son logement. C'est ce qu'explique cette professionnelle interrogée : « *On sait que certains ne veulent pas partir d'ici. Après, c'est à nous d'aborder le problème en disant vous savez-bien que nous n'avons pas d'ascenseur, que peut-être - peut-être – à un moment, vous ne pourrez plus monter ou descendre les escaliers et que malheureusement on n'a que deux logements en rez-de-chaussée. Qu'en pensez-vous ? Certains me répondent oui quand je n'aurais plus le choix, le plus tard possible* ».

Les limites de l'accompagnement proposé par les partenaires (aide-à-domicile, services infirmiers, pompiers...) : « *Cela faisait plus d'un an que ce monsieur nous demandait à partir en EHPAD. Il était demandeur. Il se rendait compte qu'il ne pouvait plus rester chez lui tout seul. Il avait des moments de lucidité où il se rendait compte par moment qu'il faisait sur lui et que les aides à domicile en avaient marre. Il a dû le ressentir* » explique une professionnelle de pension de famille interrogée.

Les besoins en termes de présence médicale renforcée : il s'agit de rappeler que la pension de famille n'est pas un établissement médicalisé et qu'elle ne peut pas répondre seule à des besoins médicaux importants.

Les avantages que présente une entrée en établissement pour personnes âgées, notamment en termes d'accès à des services d'accompagnement adaptés, de sécurité, de confort.... Il s'agit de présenter une image positive de ces structures.

Lorsque la situation de perte d'autonomie est anticipée, les professionnels interrogés expliquent qu'ils insistent auprès des personnes concernées sur le fait que l'éventualité de ne plus pouvoir rester au domicile n'est pas encore arrivée, et qu'il s'agit bien d'anticiper. « *Certains résidents sont vieillissants mais ils ont encore de l'autonomie, ils peuvent marcher, descendre les escaliers... Tant qu'ils sont là-dedans, on prend des temps avec eux pour discuter de ce qu'ils envisagent pour l'avenir* » expliquent une professionnelle interrogée. Cet extrait montre aussi qu'une limite au maintien au domicile est posée par la professionnelle, à savoir disposer d'un minimum d'autonomie.

Lors de l'entretien réalisé avec la chargée de mission Interface du SIAO 44, celle-ci insiste sur l'importance d'expliquer à la personne qu'un jour, si son état de santé se dégrade très fortement, elle pourrait ne plus pouvoir revenir vivre à son domicile, par exemple à la suite d'une hospitalisation. Et là, le risque serait qu'elle

intègre directement un EHPAD, sans aucune préparation. Si ce discours peut s'avérer difficile à entendre pour certains, il est primordial, rappelle-t-elle, de faire preuve de transparence vis-à-vis des contraintes qui pourraient s'exercer sur la personne et de l'amener « *à comprendre le principe de réalité* ».

Cet accompagnement à la prise de conscience de ses difficultés et de celles de la structure soulève tout de même un questionnement d'ordre éthique. La frontière est en effet mince entre :

1/ le fait d'amener la personne à évaluer sa situation, à peser les risques, à l'accompagner pour qu'elle puisse prendre conscience de ses besoins et des éventuelles carences dans les réponses qui peuvent lui être proposées... Et ainsi choisir de rester à domicile ou envisager un déménagement vers une structure plus adaptée, en connaissance de cause.

2/ convaincre la personne afin de l'amener à adhérer à un projet (par exemple partir en EHPAD) parce qu'on estime, en tant que professionnel ou en tant qu'équipe accompagnante, que c'est la meilleure option pour elle, la plus sécurisée, là où elle sera la mieux protégée au regard des risques qu'elle encourt au domicile. Cette posture est aussi nourrie par l'idée que la personne n'est plus considérée comme étant à sa place au sein de la pension de famille, du fait que la structure aurait atteint la limite de l'accompagnement qu'elle peut proposer.

1.4 Une adhésion qui suppose des compromis, des conditions à accepter, des engagements à respecter pour la personne vieillissante

Accepter de quitter la pension de famille pour aller vivre dans un établissement pour personnes âgées ne signifie pas, pour la personne, accepter n'importe quelle proposition ou solution, sous prétexte qu'une place se libère dans un EHPAD ou une résidence autonomie. Dans certaines situations évoquées dans les entretiens, les personnes ont pu refuser une place proposée en structure pour personnes âgées du fait que l'implantation géographique, les modalités de fonctionnement de la structure, les locaux, etc. ne leur convenaient pas.

Et en même temps, **dès lors que la personne consent à quitter la pension de famille pour intégrer une structure plus adaptée, elle est amenée à devoir se soumettre à certaines conditions, à accepter des compromis pour qu'une solution puisse être mise en œuvre.** Il peut s'agir par exemple d'accepter la mise en place d'une mesure de protection, souvent présentée par les professionnels interrogés comme un élément rassurant pour l'établissement examinant le dossier de demande d'admission de la personne.

« Il a fallu l'amener petit à petit à accepter une demande de curatelle, pour avoir une mesure de protection » (professionnelle de pension de famille).

Certains établissements pour personnes âgées peuvent également fixer des conditions à l'entrée, par exemple demander à la personne de réaliser une cure de sevrage si elle souffre d'addictions, avant son admission dans la structure. Ces conditions peuvent, parfois, s'avérer bénéfiques pour certains résidents. C'est le cas de ce monsieur accompagné par la Mission Interface SIAO, présentant des problématiques d'addictions, et qui « *s'est retapé parce qu'il ne voulait surtout pas aller en EHPAD, il a travaillé sur son addiction dans l'optique de rentrer en résidence accueil* » explique la chargée de mission, qui précise aussi que cet homme avait le souhait de quitter la pension de famille où il vivait. Ainsi, la chargée de mission Interface précise qu'une partie de l'accompagnement qu'elle propose aux personnes consiste notamment à expliciter et faire comprendre les conditions posées par les établissements pour pouvoir être admis.

Il importe également, explique-t-elle, de ne pas cacher le fait qu'en entrant dans une structure pour personnes âgées, la personne va devoir respecter des règles de fonctionnement, que des contraintes lui seront imposées,

inhérentes à la vie en établissement. Pour certains d'ailleurs, ce fonctionnement en structure sera vécu comme trop contraignant :

« Je ne travaille pas sans les gens. Je suis assez claire, assez cash avec les personnes que j'accompagne. Je travaille en transparence avec les établissements : je ne vais pas cacher les problématiques qui existent. Et je suis aussi claire avec les personnes que j'accompagne. Je ne vais pas cacher les choses. Les contraintes imposées, les règles de vie inhérentes à un établissement, il faut que la personne les entende et qu'elle soit a minima dans l'adhésion du respect de ces règles-là. Pour certains, ça va être trop de contraintes, ça ne convient pas à tout le monde » (chargée de mission Interface).

C'est aussi, pour certains résidents, accepter de perdre en confort ou en liberté : ne plus pouvoir fumer dans sa chambre, passer d'un logement à un petite chambre, des dépenses liées au logement plus importantes, etc., ce qui peut aussi faire hésiter les personnes à accepter d'intégrer une structure pour personnes âgées :

« Le logement de Madame [dans la pension de famille] aujourd'hui est plutôt grand, avec une chambre séparée... Elle voit aussi que dans les résidences-services, ce sont de petites chambres souvent. Et elle veut aussi garder son confort. Et le loyer pas cher ! [Rires] » (professionnelle de pension de famille).

Comprendre et accepter qu'il y aura des contraintes en établissement pour personnes âgées fait ainsi partie intégrante de l'accompagnement, en amont de l'admission dans une structure, explique la chargée de mission Interface. Pour autant, celle-ci souligne l'importance à ce que les établissements pour personnes âgées n'exigent pas non plus que toutes les problématiques de la personne soient résolues avant son entrée. *« On n'avance pas si on attend que tout soit parfait »* déclare-t-elle.

1.5 Travailler un parcours résidentiel avec des personnes présentant des troubles cognitifs importants

Les professionnels de pension de famille interrogés ont décrit leurs **difficultés à travailler les projets résidentiels des personnes vieillissantes présentant des troubles cognitifs importants**. Comment recueillir les préférences, les choix d'une personne lorsque celle-ci oublie au bout de quelques minutes le sujet de la discussion ? Comment savoir ce qu'elle souhaite, lorsqu'elle répond oui à toutes les questions posées, ou au contraire qu'elle change d'avis toutes les heures ? Comment être sûr que la personne énonce un véritable choix, une décision prise de manière éclairée, alors qu'elle présente d'importantes difficultés de compréhension ? C'est ce type de questions qui traversent les professionnels de pension de famille pour plusieurs situations de résidents vieillissants évoqués. L'analyse des entretiens montre **des professionnels plutôt isolés et peu outillés lorsque confrontés à ces situations**.

« Cette dame a de grosses réticences et un manque de compréhension mais dû aux troubles cognitifs. Mais c'est toute la difficulté de dire on va faire une demande [d'admission dans un EHPAD] mais ce ne sera pas pour tout de suite, parce qu'on voit que ça peut être compliqué, on voit que les délais peuvent être longs donc on veut anticiper. Mais ce n'est pas parce qu'on va faire la demande sur le site que demain il y a une place qui va se libérer et que vous allez partir. [C'est compliqué] d'être confronté à la personne qui ne comprend pas, qui n'est pas forcément en capacité de comprendre, parce que cognitivement les atteintes sont trop importantes » (professionnelle de pension de famille).

« On n'a pas trop réfléchi encore à l'après. Trouver une structure qui convienne à Monsieur va être difficile. Il y a la capacité de la personne, les problèmes de mémoire immédiate : Monsieur peut dire non puis oui à la même question posée deux minutes après. C'est difficile de travailler un projet avec une personne qui ne se souvient pas de ce qu'on dit il y a une heure... ça limite les possibilités » (professionnelle de pension de famille).

Notons cependant que dans certains cas, malgré les limitations cognitives de la personne, les professionnels expliquent avoir pu identifier des préférences lorsque celles-ci étaient très marquées vers le maintien à domicile.

« Les échanges, c'est difficile car elle perd cognitivement à chaque fois. Les échanges sont très brefs, il y a peu d'élaboration. Elle, elle veut simplement être chez elle. C'est son désir » (professionnelle de pension de famille).



2/ Les limites au maintien à domicile perçues par les professionnels de pension de famille interrogés

Dans les entretiens auprès des professionnels de pension de famille, ceux-ci ont plusieurs fois décrit des situations dites limites, où le maintien à domicile de la personne, au sein de la résidence, ne leur semblait plus possible. Nous avons alors examiné ce qui, à leurs yeux, constituait une limite au maintien à domicile.

En premier lieu, c'est la **notion de mise en danger** qui a très largement été mise en avant par les professionnels interrogés, en lien avec la perte d'autonomie, la dégradation de l'état de santé, la multiplication des chutes et des blessures, qui peuvent devenir quotidiennes, ainsi que l'altération des fonctions cognitives. Le fait que la personne ne soit pas en sécurité dans son logement et dans la résidence est un sujet d'inquiétude majeur pour les professionnels interrogés, et c'est aussi, pour la plupart d'entre eux, le signe que le maintien à domicile au sein de la pension de famille n'est plus possible. A cela s'ajoute aussi souvent une notion d'accélération de la dégradation de l'état de santé, conduisant à des hospitalisations répétées, à des situations d'urgence à gérer, qui demandent beaucoup de disponibilité pour les professionnels interrogés.

« Il y avait trop de troubles cognitifs, ça ne lui permettait plus de **rester en sécurité** au sein d'un logement semi-autonome » (professionnelle de pension de famille)

« C'est son état de santé qui a fait qu'en quelques mois, ça s'est dégradé et il fallait trouver une solution parce que ce n'était plus possible. Il ne pouvait plus rester à domicile, **il se mettait en danger**. Il avait laissé ses plaques allumées avec un torchon dessus par exemple » (professionnelle de pension de famille).

« On se disait, ok, c'est bien la maison relais mais il n'y a personne le weekend, il n'y a personne le soir. Ce monsieur **n'est pas trop en sécurité**. Qu'est-ce qu'on va faire de ce monsieur... » (professionnelle de pension de famille).

« Monsieur n'était pas prêt [pour partir en EHPAD], mais pour autant, avec la curatrice, on mettait aussi la pression aussi en disant, oui il n'est pas prêt mais **ça va mal se finir**... Ce n'était pas possible » (professionnelle de pension de famille).

« C'est quand même un monsieur qui est autonome oui, mais qui a beaucoup de problèmes de santé, des problèmes d'addiction, des pertes de mémoire. Il peut **se mettre en danger** au sein du collectif. Et là c'est là où on va arriver à nos limites, en termes de structure et d'accompagnement. Il peut oublier qu'il a mis une friteuse en route sur le gaz... Ce sont ces limites-là » (professionnelle de pension de famille).

« Pour nous, **ce n'était plus possible** non plus de maintenir son accueil [au sein de la pension de famille]. C'était trop de mises en danger » (professionnelle de pension de famille).

« Quel avenir [pour lui] ? Aujourd'hui on n'y pense même pas. C'est *en fonction des urgences*, à chaque fois. Au jour le jour presque [...] c'est devenu très compliqué : ça devenait très urgent car ce monsieur se dégradait de semaine en semaine [...] On avançait au fur et à mesure que la situation s'aggravait, le timing c'était l'urgence » (professionnelle de pension de famille).

Pour les professionnels interrogés, le fait que la **dignité humaine** de la personne puisse être mise à mal constitue une autre limite au maintien à domicile. Les répondants décrivent des situations de personnes ne pouvant plus se laver, aller aux toilettes, s'alimenter. Les personnes sont parfois cloîtrées chez elles, sans pouvoir sortir, faute de locaux accessibles par exemple.

« Il ne se rendait même plus compte qu'il était dans ses excréments. Des chutes tous les jours, il s'ouvrait l'arcade, la tête. On se disait qu'un jour, il allait faire une chute définitive » (professionnelle de pension de famille).

« [Après son hospitalisation], l'idée c'était qu'il ne revienne pas là parce que ça devenait indigne. On partait le soir, on ne savait pas comment il allait se lever pour aller aux toilettes. Et c'était des conditions limites dangereuses » (professionnelle de pension de famille).

Plusieurs résidents concernés bénéficient certes de services d'aide-à-domicile, mais **cet étayage peut s'avérer insuffisant**, amenant parfois les professionnels de pension de famille à devoir prendre en charge des tâches ne relevant pas de leurs fonctions, tel que changer les protections hygiéniques d'une personne, la doucher, devoir la relever lorsqu'elle est tombée...

Le manque d'accès à des services d'aide à domicile ou des services infirmiers a peu été mentionné dans les entretiens auprès des professionnels exerçant en pension de famille. En revanche, il peut y avoir des difficultés liées au manque de formation ou de sensibilisation du personnel intervenant au domicile vis-à-vis des spécificités du public en situation de précarité, qui peut conduire certains de ces professionnels à ne plus vouloir intervenir chez la personne.

Les professionnels de pension de famille interrogés ont surtout mis en avant le fait que dans les situations dites limites, où ils estiment que le maintien à domicile n'est plus possible, un **étayage renforcé a été mis en place mais que cet accompagnement ne suffit plus** pour permettre à la personne de vivre dignement et en sécurité chez elle. Ils soulignent le besoin d'une présence médicale accrue auquel ni la pension de famille, ni les partenaires ne sont en mesure de répondre, estimant ainsi qu'un établissement médicalisé constituerait une solution plus appropriée.

« Quand on faisait appel aux infirmiers libéraux qui passaient chez lui tous les jours, ils nous disaient : « on a atteint nos limites, je ne peux pas venir deux fois par jour. Je viens déjà une fois pour lui donner des médicaments, si je viens deux fois et que je le trouve par terre, qu'est-ce que je fais ? Est-ce que c'est mon rôle ? ». L'infirmière trouvait qu'elle débordait aussi dans ses fonctions » (professionnelle de pension de famille).

Pour nombre de professionnels interrogés, l'accompagnement proposé en pension de famille s'avère insuffisant pour les résidents vieillissants en perte d'autonomie :

« On a une dame qui a 60 ans et qui a de gros problème de mobilité, des problèmes de perte de mémoire aussi. Donc là pour cette personne, on se renseigne pour faire une demande Via Trajectoire, pour faire du lien avec une résidence autonomie ou un EHPAD parce qu'on voit les limites de notre accompagnement qui reste un accompagnement social et non médico-social. Et là on voit qu'il y aurait un besoin de soins plus importants » (professionnelle de pension de famille).

« Nous, on ne peut pas accompagner ces personnes qui perdent en autonomie malgré les étayages »
(professionnelle de pension de famille).

Plusieurs soulignent qu'ils ne sont pas formés à l'accompagnement des personnes vieillissantes et que, pour certains, ce n'est pas le public auprès duquel ils souhaitent travailler ou pour lequel ils ont été recrutés. « On n'est pas du tout formé pour ça, moi ce n'est pas mon métier. Et ce n'est pas non plus mon envie » admet une professionnelle interrogée. L'accompagnement de personnes vieillissantes est en effet rarement mentionné dans les fiches de poste. Et nombre de professionnels ont démarré l'exercice de leur fonction sans considérer qu'ils allaient à un moment donné devoir être amené à accompagner des personnes vieillissantes.

Bien que cela ait été assez peu mentionné dans les entretiens en tant que tel, il faut aussi rappeler que parmi les résidents qui vieillissent en pension de famille, rares sont ceux qui ont conservé des contacts avec leur famille. Or, les proches constituent souvent une aide précieuse pour le maintien à domicile ou la construction du parcours résidentiel vers l'EHPAD ou la résidence autonomie.

« Certains résidents ont un peu de famille. Pour l'un d'eux par exemple, ses filles ont fait des demandes d'EHPAD. Quand il y a du soutien de la famille, c'est très, très aidant pour l'équipe. Mais globalement on accueille des gens seuls » (professionnelle de pension de famille).



3/ Construire le projet résidentiel collectivement, avec les partenaires

3.1 Désaccords et tractations sur les limites du maintien à domicile

« Je ne travaille pas seule, loin de là » insiste la chargée de mission Interface du SIAO 44. La collaboration avec les partenaires du soin et de l'accompagnement social et médico-social, de même qu'avec la personne elle-même et l'établissement ciblé (EHPAD, résidence autonomie...) est essentielle lorsqu'il s'agit de travailler un projet d'admission vers une structure pour personnes âgées, souligne-t-elle.

Pour autant, dans les entretiens auprès des professionnels de pension de famille, ceux-ci rapportent des difficultés à construire collectivement ces parcours de résidents âgés qui souhaitent partir ou qui ne peuvent plus rester dans la résidence, à mobiliser et collaborer avec les partenaires impliquées dans l'accompagnement des personnes concernées. Tout en reconnaissant les limites et contraintes auxquels les partenaires sont soumis, notamment en matière de moyens humains et financiers, les professionnels de pension de famille interrogés regrettent qu'une vision collective et partagée de l'accompagnement de la personne vieillissante ou âgée ne puisse se mettre en place plus rapidement et plus facilement.

On relève d'abord que les limites au maintien à domicile identifiées par les professionnels de pension de famille, présentées dans la section précédente, ne sont pas toujours partagées par les partenaires, notamment dans le secteur sanitaire ou parmi les mandataires judiciaires. Certains acteurs peuvent en effet renvoyer aux professionnels interrogés le fait que la personne n'est pas, selon eux, prête à partir de la pension de famille et/ou préconiser de renforcer l'étayage au domicile, avant d'envisager une admission dans un EHPAD ou une résidence autonomie.

Dans l'exemple suivant, la professionnelle de pension de famille interrogée regrette la décision de la CDAPH d'avoir refusé une orientation vers un foyer de vie, estimant que le maintien à domicile était encore possible notamment via l'octroi de la PCH pour cette personne. La professionnelle interrogée déplore qu'aucun évaluateur de la MDPH ne se soit déplacé au sein de la résidence, pour constater que les locaux n'étaient pas adaptés pour cette personne, confrontée à des situations de mise en danger dans son logement :

« Avec les collègues, on avait conseillé de faire une demande d'orientation en foyer de vie, considérant que ça devenait dangereux pour cette dame de vivre en pension de famille, du fait de locaux qui ne sont pas accessibles, avec un risque de chutes. Et aussi un besoin d'une présence constante pour elle que ne peut pas assurer la pension de famille. Cette dame peut solliciter beaucoup de personnes... Sa mandataire nous a informé que l'orientation foyer de vie avait été refusée par la MDPH. Pour la MDPH, la pension de famille est adaptée, avec un étayage à mettre en place avec la PCH pour qu'elle puisse rester à son logement. Sauf que la MDPH n'est pas venue voir le logement, vérifier si la pension de famille était bien adaptée » (professionnelle de pension de famille).

Dans plusieurs situations décrites, les professionnels de pension de famille interrogés ont expliqué avoir parfois dû insister auprès de certains partenaires, pour faire reconnaître que le maintien à domicile de la personne n'était plus possible ou du moins fortement compromis au sein de la résidence. Ces partenaires – soignants, services d'accompagnement à domicile, médecins traitants, mandataires judiciaires, services hospitaliers... - peuvent en effet estimer que la personne *« est entre de bonnes mains à la pension de famille »*, pour reprendre l'expression d'une professionnelle interrogée.

Ces réactions peuvent être liées à une mauvaise compréhension du fonctionnement et des missions des pensions de famille de la part de certains partenaires, qui confondent ces structures avec des établissements médico-sociaux tels que des foyers de vie, qui disposeraient d'un plateau technique plus étoffé, voire médicalisé et d'un accompagnement médico-social contractualisé avec la personne. C'est notamment le cas des services hospitaliers, lorsque la personne est sortante d'hospitalisation par exemple.

« [Enquêtrice : ça parle aux soignants la pension de famille ?] Pas du tout. On leur explique et au final, sur le dossier médical, on voit que c'est écrit « foyer » ! Quand on parle de pension de famille, ce nom ne dit pas grand-chose, c'est mélangé avec « famille d'accueil », « foyer »... Ce n'est pas parlant du tout, donc il faut tout le temps réexpliquer » (professionnelle de pension de famille).

Il peut aussi s'agir, regrettent les professionnels interrogés, de partenaires tels que des mandataires judiciaires ou des services d'accompagnement à domicile qu'ils décrivent comme peu enclins à entendre que la pension de famille atteint ses limites et qu'il va falloir trouver une autre solution pour la personne qu'ils accompagnent. Dans ce cas, cela se traduit par un manque de réponse aux sollicitations que leur adressent les professionnels de la pension de famille, une absence aux réunions proposées... Les professionnels interrogés soulignent aussi la charge importante et le manque de temps dont disposent ces partenaires, notamment les mandataires judiciaires, qui peut conduire à une forme de délégation de tâches vers la pension de famille, estiment plusieurs répondants.

« Les partenaires sont, je pense, conscients des difficultés rencontrées pour les résidents vieillissants en pension de famille, mais ils se reposent sur nous. Ils sont bien conscients que Monsieur ne correspond plus... Et puis déjà on les alerte. On fait un maximum de mails, on communique un maximum. Donc ils en sont conscients. Mais de là à activer quelque chose, voilà... Ils sont un peu démunis. Si je reprends l'exemple des infirmiers, si monsieur refuse le soin, les infirmières ne vont pas faire. Mais voilà, entre ça et la rue... Pour les mandataires, leur majeur protégé est entre de bonnes mains... » (professionnelle de pension de famille).

« Quand il y a un curateur ou un tuteur, on est en lien. Mais on sait tous très bien aujourd'hui que les mandataires ne font pas le travail aujourd'hui qu'ils faisaient il y a 15 ans. On n'est plus du tout là-dedans. Ils font ce qu'ils peuvent mais ce ne sont plus les missions d'accompagnement qui existaient tel que j'ai connu par le passé » (professionnelle de pension de famille).

Dans certains cas, les professionnels interrogés expliquent avoir dû adopter une posture de négociateur avec ces partenaires, pour faire reconnaître leurs difficultés et leurs limites. Des semaines, des mois peuvent

s'écouler avant que le partenaire finisse par se saisir de la situation, précisent-ils, certains d'entre eux ayant dû parfois même brandir la menace d'un non-renouvellement du contrat d'occupation. Notons néanmoins que si ces difficultés ont été plusieurs fois rapportées dans les entretiens, elles ne concernent pas toutes les situations.

« Il a fallu batailler avec sa dernière curatrice. [...] On a dû faire un mail en lui explicitant nos limites, en disant qu'on ne pouvait plus changer les protections de Monsieur... On a donné des précisions pour dire qu'il se mettait en danger à la résidence et qu'il ne pouvait plus revenir ici après son hospitalisation » (professionnelle de pension de famille).

« Le travail avec la curatrice n'a pas été simple non plus. Il a fallu aussi mettre un peu la pression en disant « mais là, nous ne pouvons plus ». En lui disant qu'il fallait faire les dossiers parce qu'il allait y avoir une fin de séjour. S'il n'y a pas de démarches engagées, on ne va pas pouvoir le garder. Il y a eu des mails aussi, on lui a écrit » (professionnelle de pension de famille).

Dans d'autres situations décrites, aucun partenaire ne se saisit de la situation, renvoyant le fait que la prise en charge de la personne ne relève pas de son champ de compétences ou du public qu'il accompagne. Ce renvoi des responsabilités peut conduire à la paralysie de la situation, qui « *n'avance pas* », alors que l'état de santé de la personne lui, se dégrade de plus en plus. L'extrait suivant met en lumière le manque de coordination entre le secteur médical et psychiatrique, pour un Monsieur « *qui ne rentre dans aucune case* » précise la professionnelle interrogée. La pension de famille, bien que non adaptée, devient le dernier rempart contre un retour à la rue, explique-t-elle :

« C'est très, très compliqué, ce monsieur est schizophrène et toxicomane. On est sur une situation où la prise en charge ne relève plus de la pension de famille du tout. Mais le soin psychiatrique refuse de le prendre en charge. Ce monsieur ne rentre pas dans les cases de la pension de famille, ni dans les cases d'une résidence-service, ni d'un EHPAD. Il ne rentre dans aucune case. La psy nous renvoie vers le médical. Le médical vers la psy. Donc ça n'avance pas. Ce n'est tellement pas adapté la pension de famille qu'on n'est même plus dans l'accompagnement : les vêtements, c'est ma collègue qui va lui acheter et qui lui donne de temps en temps, un slip et un jean. Parce que de toute façon, à son âge, il ne le fait pas, il ne se lave pas... Il reste chez nous parce que de toute façon, il n'y a rien de possible. C'est une personne très vulnérable, qui est un peu protégée du fait qu'elle est en pension de famille quand même. On a fait fonctionner tous les partenaires, ils nous disaient globalement de le mettre à la rue. Pour qu'il décompense et qu'ensuite le soin puisse le récupérer. Sauf que ce monsieur aux urgences, il va être complètement... » (professionnelle de pension de famille).

3.2 Des professionnels qui tirent la sonnette d'alarme, mais qui ne sentent pas écoutés

Face au manque de réaction et de soutien des partenaires vis-à-vis de ces situations dites « limites », où l'état de santé de la personne se dégrade fortement et que le maintien à domicile devient très difficile, les professionnels de pension de famille peuvent se sentir particulièrement isolés et démunis. Il importe de rappeler que les professionnels de pension de famille côtoient les résidents quasi-quotidiennement, parfois depuis plusieurs années. Outre la forte disponibilité que réclame la gestion de ces situations, les professionnels interrogés ont aussi expliqué ressentir de fortes inquiétudes, voire vivre des situations de mal-être pour certains. Ils peuvent être heurtés par le manque de considération à l'égard de ces résidents, plusieurs exprimant un fort sentiment d'injustice face à ces situations. A cela s'ajoute une perte de sens vis-à-vis de leur rôle et de leur accompagnement, lorsqu'ils sont témoins de la dégradation de l'état de santé de la personne, qu'ils voient parfois mourir à petit feu, en ayant le sentiment de ne pouvoir proposer aucune réponse. C'est

pourquoi la question de l'accompagnement des résidents vieillissants ne peut être décorrélée de celle de la qualité de vie au travail et des risques psychosociaux qu'encourent les professionnels.

« La situation s'est dégradée encore plus. On a tiré la sonnette d'alarme. Et là c'était très inquiétant. On craignait vraiment pour sa vie. Et nous on n'est pas soignant, on n'est pas adapté. On n'était pas entendu au niveau du service hospitalier. Quand sa situation s'est vraiment dégradée, j'ai appelé le service hospitalier, celui dans lequel il était suivi en disant là, il faut faire quelque chose. Mais en gros bah non, tant qu'il n'avait pas de malaise, il pouvait rester dans la pension de famille d'après le service hospitalier. Mais nous on voyait qu'il ne pouvait plus sortir de son lit, il était déjà tombé de son lit auparavant, son lit était souillé, il ne mangeait plus. Et c'est quelqu'un qui déjà ne se lavait pas. Il y avait des aides à domicile qui sont intervenues. On a alerté tout le monde en urgence, le CLIC, le médecin, l'hôpital. On a rappelé l'hôpital. J'ai appelé les urgences qui ont ensuite rappelé le service... A force d'insister, insister, au bout de deux ou trois heures, il a pu partir [à l'hôpital]. Deux ou trois heures de démarches, j'ai passé mon temps à faire ça. Il a été hospitalisé puis il a été changé de service. Et il est décédé là-bas. A 64 ans » (professionnelle de pension de famille).

Dans un autre extrait, cette professionnelle évoque la détresse ressentie par l'équipe de la résidence, face à la situation de ce monsieur sans solution, qui le voit « diminuer », sans pouvoir répondre à ses besoins.

« En fait, on n'aurait pas eu besoin de plus d'information, mais plutôt davantage de soutien du côté de l'hôpital psychiatrique. La place de travailleur social fait que parfois, on est peu crédible dans le secteur médical et psychiatrique. Les travailleurs sociaux sont face au quotidien, on voit le factuel. Mais notre parole n'a pas forcément toujours été écoutée et notre détresse non plus, de voir ce monsieur diminuer, en larmes le soir, de se dire putain, elles partent » (professionnelle de pension de famille).

Dans ce deuxième extrait, une autre professionnelle décrit là encore une situation de paralysie, d'absence de coordination et d'implication des partenaires, malgré la forte dégradation de l'état de santé du résident en question et les nombreuses alertes des hôtes de la résidence. Comme pour l'extrait précédent, la professionnelle a dû fortement insister pour que la personne puisse enfin être prise en charge par les services hospitaliers et qu'une réponse alternative au maintien à domicile – en l'occurrence forcé faute de solution proposée – puisse se mettre en place :

« Quand j'ai vu que personne ne bougeait pour ce monsieur, ça m'a fait mal au cœur mais j'ai dû appeler les urgences. J'ai rappelé le service hospitaliser où ce monsieur était suivi, en disant qu'il n'avait pas le choix, il ne pouvait pas rester à la pension de famille, il fallait que ce monsieur soit avec des soignants. Et voyant l'urgence et voyant comment on bougeait, les urgences ont pris le relais. Heureusement que je ne suis pas débutante et que je n'ai pas lâché l'affaire parce que sinon, il allait aux urgences et je sais combien aux urgences, au regard de leur surcharge de travail, ça pouvait être maltraitant pour lui aussi. Mais comme quoi, il faut y aller, il faut y aller, il faut y aller... Quitte à se faire même malmener en tant que professionnel. Ce qui m'est arrivé avec le médecin régulateur. Il ne fallait pas lâcher. La priorité c'était le bien-être du Monsieur. Et puis les conséquences aussi pour les autres résidents. Certains étaient en lien avec lui ou entendaient parler de lui. Et laisser quelqu'un dans cette situation, ce n'est pas possible quoi » (professionnelle de pension de famille).

3.3 De l'importance de pouvoir construire le projet ensemble

Dans les entretiens auprès des professionnels de pension de famille, ceux-ci ont aussi décrit des situations où un dialogue et une collaboration entre plusieurs acteurs a pu se mettre en place, avec des partenaires très soutenant. Bien que ces collaborations ne permettent pas toujours de trouver des réponses satisfaisantes

pour la personne, les professionnels interrogés ont souligné le fait que cela pouvait permettre d'accélérer un peu certaines démarches, et surtout d'**apporter davantage de poids et de crédibilité** aux demandes d'admission auprès des établissements pour personnes âgées, surtout lorsque des acteurs du soin étaient présents, tel que le médecin traitant :

« On a organisé des rencontres entre la curatrice, le monsieur, la direction, l'équipe. On a fait venir les aide à domicile, les infirmiers... On était plusieurs professionnels. Même le médecin traitant s'était déplacé. Ça a permis d'activer un peu les choses, faire en sorte que la situation soit prise davantage au sérieux. Le médecin traitant a été là pour remplir les grilles AGIR et essayer d'adapter au niveau des traitements. Et d'appuyer aussi nos observations en disant qu'effectivement continuer à vivre en maison relais, ce n'est plus jouable » (professionnelle de pension de famille).

« Il y a eu plusieurs demandes dans plusieurs EHPAD. Et on avait alerté au niveau des soignants. Le médecin traitant a été important, il avait beaucoup appuyé les demandes. [...] L'idée, c'était qu'on soit plusieurs professionnels autour de cette situation pour avoir du poids auprès des EHPAD, pour qu'il puisse y avoir une admission rapidement. Une évaluatrice APA est venue aussi » (professionnelle de pension de famille).

Les professionnels de santé sont en effet des interlocuteurs importants pour les établissements accueillant des personnes âgées, notamment en EHPAD, qui peuvent les rassurer vis-à-vis de certains troubles notamment psychiques :

« Le médecin de l'EHPAD a téléphoné à la psychiatre pour connaître les troubles de ce monsieur, comment ça se manifestait. La psychiatre a été plutôt rassurante et l'EHPAD l'a pris en en essai » (professionnelle de pension de famille).

A noter que dans la majorité des cas évoqués, les temps de concertation étaient organisés à l'initiative des professionnels de pension de famille, confrontés de plus en plus aux limites de leur accompagnement. La **mobilisation des partenaires n'est pas toujours évidente**, comme l'explique cette professionnelle, qui a dû convaincre le médecin traitant de l'importance et de la pertinence qu'il puisse être présent lors d'un temps de synthèse :

« Il faut batailler un peu pour organiser ces temps de synthèse. Le médecin traitant par exemple ne voyait pas trop l'intérêt d'être présent à la synthèse. J'ai dû lui dire que si, que s'il voyait l'importance que ce monsieur parte en EHPAD, c'était intéressant qu'il puisse être présent à cette synthèse, pour qu'il donne l'avis médical, face à nous, qui ne sommes pas du médical. Et c'était bien qu'il soit venu » (professionnelle de pension de famille).

Le fait de pouvoir s'appuyer sur des partenaires permet également, même si aucune solution n'est trouvée, d'offrir aux professionnels de pension de famille un soutien, une écoute. Cela a plusieurs fois été mentionné dans les entretiens. Pour les répondants, il est important de pouvoir partager avec des partenaires extérieurs à la structure leur analyse de la situation, mais aussi d'avoir un espace d'échange pour exprimer leurs limites, leurs craintes. C'est ce que montre par exemple cet extrait d'entretien, dans lequel la professionnelle interrogée décrit le précieux soutien d'un médecin traitant, qui s'est montré très à l'écoute de la situation du monsieur concerné, mais aussi des difficultés et inquiétudes de l'équipe de la pension de famille :

« Son médecin généraliste, je pouvais l'appeler pour lui dire qu'on était très inquiet pour son état de santé, qu'il n'avait plus du tout sa place dans la pension de famille. On lui a demandé de l'aide au médecin généraliste : qu'est-ce qu'on pouvait faire ? Et c'était fluide avec ce médecin. On pouvait lui faire part de nos inquiétudes en tant que professionnels, de nos limites. On pouvait faire part aussi de nos besoins, peut-être qu'il avait des pistes qu'on n'avait pas... On a appelé le CLIC aussi. Mais avec ce

médecin, l'échange est possible. On peut parler facilement quoi » (professionnelle de pension de famille).

Certains professionnels de pension de famille interrogés ont également mentionné le fait qu'il pouvait être bénéfique qu'un partenaire puisse travailler avec le résident concerné sur son projet résidentiel et sur d'éventuelles demandes vers une structure adaptée. Cela peut permettre d'éviter que l'hôte ne soit perçu comme celui qui souhaiterait voir la personne partir de la résidence. Pour certains résidents, il peut aussi être plus simple d'aborder ce sujet avec des professionnels extérieurs à leur lieu de vie, qui ont une posture de tiers, plus éloignée de leur quotidien, parfois avec une approche médicale :

« On se dit qu'une structure médicalisée pour lui serait beaucoup plus adaptée, c'est sûr. Maintenant... Peut-être qu'à l'hôpital, c'est quelque chose qui va être travaillé aussi [Monsieur étant hospitalisé en ce moment]. Peut-être qu'avec quelqu'un d'extérieur, ça peut cheminer... D'où l'importance de travailler avec le soin et d'avoir ce soutien-là » (professionnelle de pension de famille).

3.4 Qui fait quoi ? Des démarches assurées par les hôtes, faute de relais ?

A plusieurs reprises dans les entretiens, les professionnels de pension de famille interrogés ont dépeint une complémentarité plus ou moins opérante avec les mandataires judiciaires, lorsque des démarches de recherche et d'inscriptions étaient réalisées vers des établissements pour personnes âgées. Si globalement, ils sont en lien avec les mandataires, plusieurs professionnels de pension de famille expliquent que la qualité de la collaboration peut être très variable d'un mandataire à l'autre. Plusieurs regrettent qu'il n'y ait pas suffisamment de visites à domicile, pour se rendre compte des difficultés que rencontre le majeur protégé vieillissant au quotidien.

« On a des situations où le curateur est très impliqué et où il va être vraiment soutenant dans une situation comme celle-ci. Mais là ce n'est pas le cas. On est sur une curatrice qui est très absente. Ce sont des échanges par texto, par mails mais elle ne s'est jamais déplacée pour venir le voir, alors que ce monsieur était en grande souffrance physiquement et moralement » (professionnelle de pension de famille).

Dans plusieurs situations néanmoins, les répondants décrivent une articulation étroite et complémentaire avec les mandataires judiciaires, avec une répartition claire des rôles de chacun, notamment au regard du fait qu'il revient au mandataire judiciaire d'effectuer les démarches administratives d'inscription sur ViaTrajectoire (outil numérique permettant de saisir des demandes d'admission en EHPAD, résidences autonomie, USLD...).

« On n'a pas de difficulté à travailler avec les mandataires judiciaires. On travaille de manière étroite sur tout ce genre de dossiers administratifs. C'est plus la mesure de protection qui se charge des démarches. Et nous, on va plus être là pour accompagner à un rendez-vous médical par exemple. Et on fait le lien avec la curatrice. Mais c'est vraiment elle qui finalise le dossier sur Viatrajectoire » (professionnelle de pension de famille).

« On s'est appuyé sur la curatrice pour toute la partie administrative. Régler les loyers... Ce monsieur, pour que ça se fasse quand même en douceur, il y a eu un mois où il s'est retrouvé à avoir sa chambre à l'EHPAD et le logement à la pension de famille. Donc elle a pu gérer tout ça. Elle a fait tous les papiers administratifs. Nous, on a accompagné à tous les rendez-vous avec l'EHPAD. Et après ils te demandent plein de documents, donc on se mettait en lien avec la curatrice et on lui demandait de constituer les dossiers » (professionnelle de pension de famille).

A l'inverse, dans d'autres situations, les professionnels ont dû se résigner à réaliser les démarches administratives, faute de relais assuré à temps par les mandataires judiciaires. C'est ce que révèle l'extrait suivant, où les professionnels de pension de famille interrogés reconnaissent avoir dû saisir des dossiers de demandes d'admission en EHPAD. Le résident concerné a vu en effet l'identité de son mandataire judiciaire changer à de multiples reprises en très peu de temps, au point de ne plus savoir qui est actuellement sa curatrice, précise la répondante. Face à la dégradation de son état de santé, les hôtes ont finalement saisi elles-mêmes les dossiers d'inscription. Lorsque les professionnels de pension de famille expliquent devoir se substituer au rôle d'autres professionnels, notamment pour ce qui concerne les démarches d'inscription, c'est généralement parce que les situations demeurent bloquées sur le plan administratif.

« On a dépassé nos fonctions, on a dû faire des choses qui ne relevaient pas de nos fonctions. Téléphoner au CLIC, encore ça va, prendre des renseignements ok mais normalement tout ce qui est saisi de dossiers, faire le dossier Via Trajectoire, on n'aurait pas dû le faire. Mais d'une curatrice à l'autre, elles se perdaient, elles reprenaient le dossier, le temps passait et nous on était face à l'urgence. On n'arrivait même plus à comprendre pourquoi ça bloquait. C'est la 5^e curatrice en quelques semaines, aujourd'hui on ne sait même pas qui est sa curatrice [...] A un moment on a vraiment pris le taureau par les cornes, on a fait les demandes, parce que c'était trop long, il y avait une urgence. Au niveau de la tutelle, ça n'avancait pas. [...] Nous on est là au quotidien, on est la dernière ligne. Et l'action a dû venir de nous finalement et on a eu peu de soutien » (professionnelle de pension de famille).



4/ La place de l'hospitalisation dans les parcours des résidents dont le maintien à domicile est fortement questionné

Dans une majorité de situations décrites de résidents ayant intégré (ou en cours d'admission vers) un EHPAD ou une résidence autonomie, il y a eu une ou plusieurs hospitalisations, plus ou moins longues selon les cas.

Dans plusieurs cas, les professionnels de pension de famille interrogés font état pour certains résidents vieillissants d'hospitalisations répétées, récurrentes, avec des retours à domicile qu'ils décrivent comme peu préparés, trop précoces, avec, soulignent-ils, un risque important de ré-hospitalisation. Ces professionnels évoquent une sorte de « spirale », pour reprendre l'expression d'une répondante, dans laquelle serait pris le résident vieillissant, alternant entre des hospitalisations et des phases au domicile. Les échanges avec les services hospitaliers sont qualifiés de difficiles, les professionnels interrogés expliquant avoir du mal à faire comprendre aux soignants à quel point le retour à domicile de la personne leur semble problématique.

« Ce qui a été compliqué, c'était la sortie d'hospitalisation, où on nous avait dit « non mais là c'est bon, monsieur il rentre chez vous ». Et c'est là qu'on a dit non, mais là c'est pas possible, il faut qu'il aille ailleurs avant de rentrer. Ça, ça a été compliqué. Les soignants de l'hôpital ont eu du mal à comprendre. Pour eux, c'était un monsieur qui était sortant, qui n'avait plus sa place à l'hôpital. Et pour autant, nous, on disait mais ça ne sert à rien s'il revient [à la pension de famille] parce qu'il va se faire réhospitaliser. Et c'est souvent comme ça pour d'autres résidents, l'hôpital nous les renvoie trop tôt et on repart... » (professionnelle de pension de famille).

« Il y a eu ré-hospitalisation. Cette dame a refait le parcours. Et ce matin j'y suis allée, et elle va tellement bien que potentiellement elle sort dans quelques jours... Donc elle risque de revenir au domicile et de reprendre la même boucle. Et on sait qu'à un moment donné, la spirale diminue, elle devient très courte » (professionnelle de pension de famille).

« Ce monsieur ne souhaite pas d'aide. Il présente une grande résistance, il a fait plusieurs AVC mais il s'est remis. Il est arrivé qu'il fasse un AVC à la pension de famille, qu'il aille aux urgences et qu'il revienne pas encore rétabli. C'est *retour à l'envoyeur en fait* » (professionnelle de pension de famille).

Néanmoins, comme le relève cette autre professionnelle, le retour à domicile ne peut être empêché si c'est la souhait de la personne hospitalisée. Si les professionnels de pension de famille peuvent informer le service hospitalier des difficultés au domicile, des situations de mises en danger, toujours est-il que la décision revient à la personne.

« J'ai eu l'assistante sociale de l'hôpital au téléphone pour lui dire que ce monsieur ne pouvait pas rentrer à la pension de famille comme ça. Il a de l'incontinence, il avait refusé le soin, l'aide à domicile ne suffit pas... On est plutôt inquiet par rapport à ce monsieur, on n'a pas de solutions, on n'a pas d'étayage assez fort autour de lui. Mais parce qu'il a refusé cet étayage. Mais s'il refuse d'être soigné à l'hôpital, s'il dit à l'assistante sociale de l'hôpital qu'il souhaite mourir en pension de famille, je ne sais pas trop quel poids je vais avoir... » (professionnelle de pension de famille).

Lorsqu'il s'agit de résidents pour qui le maintien à domicile est décrit comme particulièrement difficile dans les entretiens, l'hospitalisation, surtout lorsqu'elle dure plusieurs semaines, peut constituer une respiration, une bulle d'air pour les professionnels de pension de famille. Ce temps, où la personne n'est pas là, leur offre du répit puisque l'accompagnement de ces personnes peut s'avérer particulièrement chronophage, coûteux en énergie et être source d'inquiétudes parfois vives. Cette parenthèse peut aussi être mise à profit pour gagner un peu de temps dans les recherches de solutions pour la personne, et c'est une façon de pouvoir repousser de quelques semaines l'urgence de devoir trouver une alternative au domicile.

Quand la personne est hospitalisée et qu'elle consent à un séjour plus ou moins long, cela peut aussi constituer un soulagement pour les professionnels, très inquiets de la sécurité du résident lorsqu'il est à son domicile ou à l'extérieur. C'est ce qu'exprime cette professionnelle à propos d'un monsieur dont l'état de santé s'était très fortement dégradé, avec des mises en danger dans l'espace public, mais qui a été hospitalisé récemment :

« J'étais en colère parce qu'on lui raccourcissait son espérance de vie [en le laissant comme ça chez lui]. Alors que là, à l'hôpital, j'ai espoir que son espérance de vie, même si c'est de quelques années, qu'elle se rallonge. Parce qu'à s'alcooliser massivement tous les jours, à ne plus manger du tout... Avant il allait faire les courses, avec les aides à domicile mais tout ça il ne faisait plus. Il avait énormément maigri. Et l'argent ne passait que dans l'alcool. Ce monsieur, je préfère qu'il soit hospitalisé plutôt que chez nous, à tomber, à finir par se tuer... » (professionnelle de pension de famille).

Parfois, la spirale est brisée et l'hospitalisation peut conduire à infléchir un parcours. Dans certains cas décrits lors des entretiens, la personne est soit décédée, soit a été directement admise en EHPAD ou en USLD (Unité de Soins Longue Durée). Dans ces situations, c'est le service social de l'hôpital qui prend le relais pour rechercher des solutions, en lien avec le mandataire judiciaire le cas échéant. A noter que plusieurs cas ont été signalés dans les entretiens de personnes maintenues à l'hôpital, faute de solution pérenne encore trouvée et sans possibilité de retour en pension de famille.



5/ Des solutions parfois possibles mais de nombreux freins à l'accès aux établissements pour personnes âgées

5.1 Les différentes solutions d'hébergement en sortie de pension de famille envisagées et/ou mises en œuvre

Plusieurs solutions d'hébergement en sortie de pension de famille ont été citées par les professionnels, qui correspondent chacune à des profils différents mais aussi à des environnements et des contraintes distincts.

Les résidences autonomie : il s'agit de logements non médicalisés, anciennement appelés « foyers-logements », s'adressant à des personnes âgées autonomes (GIR 5 ou 6 généralement) ne souhaitant plus ou ne pouvant plus vivre chez elles à cause d'une baisse de revenus, d'un sentiment d'isolement, de difficultés de mobilité... Les résidences autonomie sont accessibles à partir de 60 ans mais une dérogation est possible pour les personnes de moins de 60 ans. Ce sont des établissements médico-sociaux dont le fonctionnement est régi par le Code de l'Action Sociale et des Familles et qui sont soumis à autorisation.

- ⇒ Les professionnels de pension de famille interrogés évoquent les résidences autonomie dans les entretiens pour des résidents encore « jeunes », plutôt autour de 55 à 65 ans, qui présentent encore une certaine forme d'autonomie. Pour les professionnels interrogés, les résidences autonomie peuvent constituer des maillons intéressants, qui permettraient de préparer l'entrée en EHPAD et d'éviter ainsi une transition trop brutale entre la pension de famille et l'EHPAD.
- ⇒ Dans plusieurs situations évoquées, la résidence autonomie a été envisagée mais les délais d'attente n'ont pas permis aux personnes d'y accéder, leur état de santé s'étant trop dégradé entre temps.

Les résidences-services : comme pour les résidences autonomie, les résidences-services s'adressent à des personnes âgées autonomes, ne nécessitant pas d'aide ou de soins quotidiens importants. Contrairement aux résidences autonomies, les résidences-services n'ont pas d'autorisation délivrée par une autorité publique. Elles sont principalement gérées par des structures privées commerciales et n'ont pas de vocation sociale comme pour les résidences autonomie où le coût du loyer est modéré.

- ⇒ Seule une personne parmi les situations évoquées dans les entretiens a pu accéder à une résidence-service. Le coût reste très prohibitif, relèvent plusieurs professionnels.

Les EHPAD : les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes s'adressent à des personnes ayant besoin d'aide et de soins au quotidien. Ce sont des maisons de retraite médicalisées qui proposent un accueil en chambre, ainsi qu'un accompagnement global. Les EHPAD sont accessibles aux personnes de moins de 60 ans sur dérogation uniquement.

- ⇒ C'est la solution d'hébergement la plus représentée parmi les situations de déménagement évoquées dans les entretiens. Très exceptionnellement, quelques résidents ont pu faire des séjours d'accueil temporaire en EHPAD, pour permettre à la personne concernée de tester cet environnement mais aussi aux équipes des EHPAD d'apprendre à mieux la connaître.

Les établissements médico-sociaux médicalisés pour personnes en situation de handicap : quelques professionnels interrogés ont évoqué cette piste, arguant que ces établissements pourraient peut-être proposer un accompagnement plus adapté aux besoins de certains résidents vieillissants. Néanmoins, les délais d'attente pour accéder à ces établissements, de plusieurs années, ne permettent pas de les envisager comme un solution pouvant être mise en œuvre, d'autant plus pour des personnes vieillissantes. D'ailleurs, aucun résident vieillissant parmi le panel interrogé n'est allé vivre en établissement pour personnes en situation de handicap, même si une demande d'orientation auprès de la CDAPH a pu être demandée pour certains d'entre eux (et refusée généralement).

5.2 Une multitude de freins à l'accès à un établissement pour personnes âgées

Dans les entretiens auprès des professionnels de pension de famille, plusieurs freins à l'accès des résidents vieillissants aux établissements pour personnes âgées (EHPAD, résidence autonomie...) ont été cités.

Le manque de places, les délais d'attente pour une admission qui peuvent s'avérer particulièrement longs, soulignent plusieurs professionnels interrogés. Il arrive que les résidents décèdent avant de recevoir une réponse de la part des établissements sollicités, indiquent certains répondants. L'état de santé de la personne peut également être amené à décliner lors de cette période d'attente, obligeant à réviser le projet, comme c'est le cas dans cet extrait :

« Le projet de résidence autonomie a été abandonné en quelques mois car l'état de santé de ce monsieur se dégradait trop. Des chutes, des difficultés à avancer, il se bloquait. Il sortait moins, il s'isolait beaucoup. Des chutes la nuit pour aller aux toilettes » (professionnelle de pension de famille).

Dans certaines situations décrites, une collaboration entre plusieurs partenaires a pu se mettre en place autour de la situation de la personne, mais faute de places en structure pour personnes âgées, les choses n'avancent pas. C'est ce qu'explique cette professionnelle dans l'extrait suivant, où elle exprime son impuissance :

« Comment on fait pour ne pas en arriver là... C'est là où c'est très compliqué, nous on était impuissant. On a fait régulièrement des synthèses avec ma cheffe de service, avec le curateur, la DDETS, tous les partenaires qu'on pouvait solliciter. On n'a pas arrêté. Tout le monde était présent donc on se sentait soutenu. Mais on manque de structures pour personnes âgées » (professionnelle de pension de famille).

Un manque de liens, de partenariats avec les établissements pour personnes âgées : tisser des relations partenariales avec des structures accueillant des personnes âgées ne s'improvise pas. Il y a, explique la chargée de mission Interface interrogée, une manière d'aborder les structures, un dialogue à mettre en place pour mieux se connaître, se comprendre et aussi rassurer l'éventuel établissement d'accueil. C'est d'ailleurs tout l'enjeu de l'accompagnement que propose la mission Interface, de bâtir, de consolider ces partenariats.

Dans les entretiens, lorsque des liens sont établis avec une structure d'accueil dédiée aux personnes âgées, c'est généralement dans le cadre d'une situation spécifique, au cas par cas, expliquent les professionnels interrogés. Ce sont souvent quelques situations à la marge, qui n'appellent pas de manière évidente à l'instauration d'un partenariat formalisé avec un EHPAD, surtout quand il s'agit de situations d'urgence. Or ces quelques situations risquent de devenir plus nombreuses dans les prochaines années, reconnaissent aussi les professionnels interrogés. Plusieurs répondants déclarent n'avoir que peu de liens avec les EHPAD, les

résidences autonomie de leur territoire mais c'est le manque de temps à consacrer au développement de ce type de partenariat qui est pointé du doigt.

La présence d'addictions et/ou de troubles psychiques : cela peut selon les professionnels de pension de famille interrogés susciter des inquiétudes, voire conduire à des refus d'admissions dans les établissements pour personnes âgées, qui n'auraient pas les moyens ni le personnel formé pour accueillir ces publics. Notons que dans plusieurs cas décrits dans les entretiens, l'admission en EHPAD ou en résidence autonomie a préalablement nécessité le suivi d'une cure de désintoxication, ce qui n'est pas toujours possible pour les résidents.

« Ce qui me mettait en colère, c'est qu'on n'avait pas de solution, personne ne voulait de lui dans les institutions, dans les EHPAD, parce qu'ils ne sont pas formés et qu'ils ne veulent pas des personnes qui ont ou consomment de l'alcool. Ça pénalise des personnes. A chaque fois que je le revoyais revenir chez lui, qu'il avait été relâché des urgences à 7h du matin et qu'il rentrait chez lui et qu'il était reparti pour s'alcooliser pendant la journée et qu'il revenait amoché de partout... » (professionnelle de pension de famille).

« On voit aujourd'hui, on a des personnes Korsakoff et on voit à quel point ça peut être compliqué les refus qu'on a des EHPAD pour ces personnes » (professionnelle de pension de famille).

La chargée de mission Interface interrogée insiste lors de l'entretien sur l'importance de déconstruire les représentations des équipes des établissements pour personnes âgées, dès le moment de la présentation du dossier, alors même que la personne n'a pas été rencontrée. La mention d'un traitement qui indique la présence de troubles psychiques, de conduites addictives peut faire peur, reconnaît-elle. C'est aussi ce que relèvent les professionnels de pension de famille interrogés :

« Quand il y a des informations sur le traitement révélant une pathologie psychiatrique comme une schizophrénie, c'est un veto direct. Il faut déconstruire les représentations qui sont ancrées, figées et qui bloquent les ouvertures de portes et d'entrées » (professionnelle de pension de famille).

« Se pose aussi la question de la réorientation : on se disait c'est bien la maison relais mais il n'y a personne le weekend, il n'y a personne le soir. Ce monsieur n'est pas trop en sécurité. Qu'est-ce qu'on va faire de ce monsieur... [...] On s'est dit peut-être qu'en foyer logement⁸, au moins il aura encore son autonomie. Et ce serait peut-être une transition pour lui, et qu'après ce serait l'EHPAD si ça se dégrade davantage. Sauf que le foyer logement est très réticent à cette orientation parce qu'ils ont à dire que les personnes avec des troubles psy sur des foyers logements, ça pose problème, ça pose trop question et donc ils ne veulent pas. Là on est un peu bloqué » (professionnelle de pension de famille).

Pour la chargée de mission Interface, déconstruire ces représentations négatives passe notamment par les rencontres. Il importe de pouvoir échanger directement avec la personne, pour défaire les images péjoratives qui peuvent découler de la lecture d'un dossier et qui reposent souvent sur des peurs, des inquiétudes auxquelles il est pourtant possible de répondre, par le dialogue avec les partenaires et la personne concernée.

L'absence de mesure de protection : dans plusieurs situations décrites dans les entretiens, la mise en place d'une mesure de protection a été décrite par les professionnels de pension de famille comme étant l'une des conditions pour permettre l'accueil en établissement pour personnes âgées. A cela s'ajoute la nécessité

⁸ Ancienne dénomination de ce que l'on appelle aujourd'hui les résidences autonomie.

d'assainir et mettre à jour la situation administrative de la personne, pour espérer une admission, souligne la chargée de mission Interface.

L'âge a souvent été mentionné parmi les freins à l'accès aux établissements pour personnes âgées. Les résidents de pension de famille présentent souvent un vieillissement précoce, rappellent les professionnels interrogés, avec des problématiques similaires à celles des personnes âgées qui apparaissent dès 50 ans, parfois même avant.

« Les EHPAD, ce qui bloque, c'est l'âge : à 60 ans avec des troubles psy, on est déjà vieux. Comment la demande peut être prise au sérieux ? On essaye de tout faire pour que le résident puisse y aller, avec l'évaluation du GIR, faire intervenir le médecin, l'hôpital, appuyé par des courriers etc. Mais les EHPAD disent que la personne n'est pas prioritaire. 60 ans, c'est jeune, leur moyenne d'âge, c'est 80/85 ans. Les EHPAD freinent. Financièrement c'est difficile, les troubles psychiques ça inquiète, du coup nos résidents ne sont pas du tout prioritaires » (professionnelle de pension de famille).

« Toute la difficulté, c'est que cette dame a 54 ans. Donc trop jeune pour aller en établissement pour personnes âgées, sauf avec une dérogation d'âge. Ou pour une entrée en établissement pour personne en situation de handicap, elle n'est pas vraiment dans les critères, on sait qu'il faut des années, qu'il faut faire de l'accueil temporaire en amont. Donc il y a un gros vide. Sur ces situations, on est un peu empêtrées. Il n'y a pas vraiment d'issues » (professionnelle de pension de famille).

Le coût a plusieurs fois été présenté comme un frein à l'accès à des structures tels que des EHPAD ou des résidences autonomie. Dans quelques situations décrites, les résidents ont pu bénéficier d'une place destinée à recevoir des bénéficiaires de l'ASH (Aide Sociale à l'Hébergement). Néanmoins, plusieurs professionnels regrettent le nombre trop limité de ces places et se questionnent ainsi fortement sur les possibilités d'accès à ces établissements pour les résidents vieillissants d'aujourd'hui et de demain :

« La difficulté c'est qu'il y a des places d'aide sociale mais pas suffisamment. Et là on est bloqué car les places d'aide sociale sont déjà prises et on doit faire une demande de dérogation au Conseil Départemental. Et on est là-dedans là. Financièrement c'est compliqué car aucun de nos résidents aujourd'hui n'est en capacité de se payer une place en résidence autonomie sans la place aide sociale » (professionnelle de pension de famille).

« Il y a aussi la question du coût, notamment pour accéder à une résidence autonomie ou un EHPAD, pour des personnes qui sont aux minimas sociaux. Et avec souvent de grosses dépenses alcool et tabac, qui peuvent les mettre en difficultés parfois dès le début du mois. Comment accéder à ce type de dispositif qui est très cher, en plus des délais d'attente ? » (professionnelle de pension de famille).

Le manque de structures alternatives, qui seraient plus adaptées aux profils des personnes vieillissantes qui habitent en pension de famille, a plusieurs fois été cité par les professionnels interrogés. Le cadre des structures existantes (EHPAD, résidences-services, résidences autonomie) est présenté par plusieurs répondants comme incompatible avec les spécificités et les besoins de nombreuses personnes vieillissantes en pension de famille, notamment celles ayant des problématiques d'addiction. Outre le cadre inadapté, les répondants déplorent aussi le manque de formation du personnel exerçant dans ces structures.

« C'est un monsieur qui a été orienté vers une résidence-service, mais ce n'était pas adapté du tout. C'est un monsieur qui a encore de l'autonomie et qui ne s'est pas du tout retrouvé dans un système de

résidence-service. Et aussi parce que les résidence-service sont des structures où les professionnels ne sont pas formés à accueillir un public qui a des addictions, des troubles psychiques... Notre public des pensions de famille quoi » (professionnelle de pension de famille).

« Là, ce serait plutôt à nous d'activer notre réseau et de voir quelle structure pourrait lui convenir. Peut-être une résidence autonomie... A voir. C'est pas évident, on se retrouve un peu démunis parce qu'on voit qu'il n'y a pas forcément de structure qui pourrait être adaptée complètement. Ce serait un choix par défaut d'aller vers un EHPAD ou une résidence autonomie. Mais en aillant conscience que ce n'est pas forcément la meilleure structure pour lui. Quand il y a des problématique addictives notamment, c'est compliqué » (professionnelle de pension de famille).

Les professionnels interrogés évoquent un vide, l'absence de structures alternatives pour les résidents vieillissants, qui ne rentrent dans « aucune case » expliquent-ils :

« Et l'absence aussi, il y a un vide pour nos publics. Ils sont vieillissants, on voit que la pathologie psy, les addictions amènent d'autres troubles. Et il y a un gros vide, il n'y a pas vraiment de structures qui peuvent accueillir ce public. Parce qu'on n'a pas un public qui relève de foyer de vie, très clairement. On n'a pas des profils avec des handicaps, des déficiences intellectuelles. On est toujours, quand on arrive à une problématique de vieillissement... Et souvent c'est un vieillissement prématuré, donc on n'est pas rendu encore aux EHPAD non plus. Donc se pose toujours cette question de la suite. Et là, il y a un vide » (professionnelle de pension de famille).

Les professionnels insistent également sur le besoin de liberté qu'ils observent chez nombre de résidents vieillissants, pour qui devoir se soumettre à un cadre trop rigide, trop enfermant peut se révéler très difficile à supporter. A cela s'ajoute les difficultés de recrutement et le manque de formation dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, qui limitent davantage les possibilités d'individualiser l'accompagnement des personnes accueillies.

« Le cadre ne convenait pas non plus à Monsieur dans la résidence-service parce que ça le privait de ses libertés. Et quand il y a un parcours de rue au préalable, ça peut être encore plus compliqué de rentrer dans ce cadre et de s'y tenir » (professionnelle de pension de famille).

« On ne lui a jamais proposé l'EHPAD. Son addiction était très importante. C'était impossible, on ne pouvait pas lui demander de ne plus boire, ce n'était pas possible quoi. C'est quelqu'un qui se sentait très facilement en insécurité. Il fallait énormément de temps pour qu'il se sente en sécurité. Alors changer de lieu, ça pouvait être hyper traumatisant pour lui. C'était aussi quelqu'un qui avait des problèmes de comportement. On savait comment le prendre nous. Je ne dis pas qu'en EHPAD les professionnels ne sauraient pas faire, mais c'est quelqu'un dans une structure comme une pension de famille, il avait fait sa place, il avait une identité... ça demandait vraiment un accompagnement, une relation particulière. Et c'est vrai qu'en EHPAD, les professionnels sont très bien, ils font ce qu'ils peuvent mais noyés dans la masse... » (professionnelle de pension de famille).

Plusieurs professionnels ayant participé aux entretiens plaident ainsi pour la création d'établissements qui pourraient accueillir le public vieillissant en pension de famille, avec un fonctionnement, un rythme et un cadre adapté aux personnes vieillissantes présentant notamment des addictions, des troubles psychiques et dont le vieillissement s'avère plutôt précoce. Certains évoquent l'idée de pensions de famille dédiées à l'accueil d'un

public vieillissant. A noter qu'il existe en France quelques EHPAD qui se sont spécialisés dans l'accueil de personnes en situation d'exclusion⁹ :

« Quel type de structure peut-on avoir en relais pour un public vieillissant en pension de famille ? Il faudrait avoir des structures de type pension de famille pour seniors... Ce serait ça la solution ! Parce qu'on a aussi des limites » (professionnelle de pension de famille).

Envisager la création de structures spécifiques destinées à accueillir uniquement des personnes vieillissantes en situation de précarité soulève néanmoins la question de la mixité dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Pour certains résidents vieillissants, pouvoir accéder à une structure présentant davantage de mixité sociale peut s'avérer bénéfique, observe la chargée de mission Interface. Tout en reconnaissant la nécessité de transformer les EHPAD, de les rendre plus inclusifs vis-à-vis des populations précaires, certains professionnels de pension de famille interrogés relèvent néanmoins les difficultés à travailler cette question de la mixité sociale, lorsque le public est déjà très stigmatisé.

« J'espère qu'il y aura une réflexion de l'Etat sur des structures intermédiaires, une maison relais spécialisée pour personnes vieillissantes. J'entends qu'il faut transformer aussi les EHPAD. Mais la mixité, elle est compliquée quand même. Pourtant on essaie de s'impliquer dans la vie locale, mais malheureusement ce public est vite stigmatisé donc c'est compliqué. On fait tout pour pouvoir redorer entre guillemets leur image, mais ça reste compliqué. On ne va pas se le cacher, ce serait se voiler la face que de dire le contraire. On sent bien qu'il y a une crainte. Et puis on est stigmatisé déjà du nom de l'association... » (professionnelle de pension de famille).



6/ Préparer l'entrée en établissement, maintenir un lien après le déménagement

Parmi les 42 situations évoquées lors des entretiens auprès des professionnels, 14 personnes étaient parties vivre dans un établissement pour personnes âgées (10 en EHPAD, 3 en résidence autonomie et 1 en résidence-service). Les professionnels se sont ainsi exprimés sur la manière dont avait été préparée l'entrée en établissement et sur les éventuels liens maintenus après l'emménagement.

6.1 Faire le lien avec les équipes de l'établissement d'accueil

Une partie importante du travail des hôtes consiste à faire le lien avec l'établissement d'accueil de la personne. Plusieurs professionnels interrogés ont expliqué avoir accompagné les résidents concernés lors des rendez-vous au sein de l'établissement, les avoir également aidés dans le remplissage des dossiers d'inscription ou d'avoir assuré la liaison entre l'établissement et le mandataire le cas échéant concernant les démarches administratives.

Les liens peuvent aussi consister à échanger avec les professionnels qui accompagneront le résident vieillissant au sein de l'établissement d'accueil, pour leur apporter des éléments sur ses habitudes de vie, ses besoins, ses préférences. Ces informations sont importantes car elles peuvent permettre de prévenir ou désamorcer des

⁹ On pensera notamment à l'EHPAD L'Escalé à La Rochelle ou encore à l'EHPAD géré par le CASH (Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers) de Nanterre : <https://www.ash.tm.fr/hebdo/3290/reportage/pauvrete-a-nanterre-un-ehpad-specialiste-de-la-grande-exclusion-718280.php>

conflits, de faciliter les relations entre la personne et les équipes, comme l'explique cette professionnelle de pension de famille :

« J'ai rencontré les équipes de l'EHPAD parce que je connaissais le tempérament et le caractère de Madame et je savais que ça pouvait mettre à mal les équipes. Cette dame pouvait être agressive, très cinglante dans ses propos. Je tenais vraiment à leur expliquer comment aller vers elle pour éviter ce genre de choses et pour que ça se passe bien. Cette dame était très gentille mais il fallait la connaître et réussir à établir un lien de confiance. J'ai été très bien accueillie par les équipes de l'EHPAD. Je suis allée voir l'infirmière et je lui ai demandé si je pouvais rencontrer l'équipe pour leur parler du quotidien de cette dame, comment elle est, quel caractère elle a, les choses à éviter avec elle. Je leur ai dit que je n'étais pas là pour leur dire comment fonctionner mais au moins leur apporter des choses pour que ça se passe bien avec elle. Et l'infirmière m'a dit oui tout de suite » (professionnelle de pension de famille).

Certains professionnels de pension de famille expliquent avoir dû assurer la mise en relation entre le service d'infirmiers à domicile et l'équipe médicale de l'EHPAD, à la demande de l'établissement d'accueil.

Ce travail de préparation avec les équipes de l'établissement d'accueil est essentiel dans le cadre de l'accompagnement proposé par la chargée de Mission Interface du SIAO 44. Il importe de transmettre un certain nombre d'éléments relatifs au parcours et aux habitudes de vie de la personne aux équipes, pour les « aider à comprendre son comportement, notamment certains mécanismes de défense que la personne a pu développer de par ses expériences passées » explique-t-elle. Cela contribue à meilleure prise en charge de la personne, dès son admission. La chargée de mission évoque le « pas-de-côté » que doivent parfois adopter les équipes, c'est-à-dire qu'elles devront probablement faire face à des écarts aux règles (par exemple une reprise des consommations pour des personnes souffrant d'addictions...) ou aux normes (par exemple des personnes qui ne se laveront pas autant que ce qui socialement attendu). Au sujet de l'hygiène, elle cite des exemples de personnes accueillies avec un rapport au corps compliqué, parfois du fait d'agressions vécues par le passé, ou encore qui préfèrent espacer leurs douches dans le temps, parfois de plusieurs semaines. La chargée de Mission Interface doit parfois expliquer aux équipes des établissements d'accueil de ne pas se montrer trop exigeantes, surtout au début, par rapport aux toilettes, pour ne pas brusquer ces personnes.

La chargée de Mission Interface rappelle également qu'un temps d'adaptation à ce nouvel environnement, plus ou moins long, est généralement nécessaire, comme pour tout un chacun et non uniquement pour les personnes précaires.

6.2 Organiser et faire le déménagement

Préparer l'entrée en établissement, c'est aussi organiser puis procéder au déménagement du résident. Bon nombre de démarches administratives sont à prévoir. Les propos des professionnels interrogés montrent qu'il n'est pas toujours très clair de savoir qui est en charge de quoi. Les personnes sont parfois accompagnées par leur mandataire pour la réalisation des démarches, ou de certaines d'entre elles, mais ce n'est pas toujours le cas, déplorent plusieurs professionnels de pension de famille interrogés. Cela peut conduire à des désagréments plus ou moins importants, comme par exemple ne pas avoir internet à son arrivée dans le nouvel établissement, parce que le transfert de ligne n'a pas été fait. Or, comme le rappelle la chargée de Mission Interface, ces détails sont parfois essentiels pour qu'une admission se déroule bien et que la personne se sente accueillie dans de bonnes conditions.

Les professionnels de pension de famille peuvent également être amenés à aider la personne à trier ses affaires et notamment à choisir ce qu'elle conserve et ce dont elle se débarrasse. Parfois, ce sont des partenaires tels que les services d'accompagnement à domicile ou le mandataire qui peuvent intervenir. Ce

processus ne doit pas être sous-estimé car il peut être émotionnellement très chargé, comme l'explique cette professionnelle, dont le témoignage montre l'importance de son accompagnement pour amener la personne à accepter la situation tout en négociant certains aménagements avec l'établissement d'accueil :

« Ce qui a été compliqué pour ce monsieur, ça a été la séparation de certaines affaires. Il va en EHPAD et il veut emmener sa friteuse... On a dû lui dire bah oui mais, la friteuse, tu n'auras pas le droit de t'en servir en EHPAD. Donc la friteuse non, mais ton micro-onde, peut-être qu'on peut négocier pour que tu puisses l'avoir, comme ça tu pourras faire chauffer ton café. C'est comment lâcher des choses mais en avoir d'autres quand même en contrepartie » (professionnelle de pension de famille).

Les professionnels de pension de famille peuvent aussi participer au déménagement en tant que tel. Dans certains cas, l'association gestionnaire a mis à disposition ou loué un camion pour transporter les meubles et affaires de la personne. Plusieurs professionnels interrogés ont aussi décrit des situations où les autres locataires de la résidence aidaient lors du déménagement.

A noter que plusieurs situations de logement bloqué ont été signalées dans les entretiens avec les professionnels. Ceux-ci attendent par exemple que le mandataire mandate une entreprise pour vider le logement, alors que la personne est déjà partie, parfois depuis plusieurs semaines. Le logement ne peut alors être remis en location, tant que les affaires de l'ancien locataire n'ont pas été retirées. Il peut aussi arriver que le logement soit quitté dans un état nécessitant la réalisation de travaux parfois importants, retardant l'emménagement d'un nouvel occupant.

6.3 Souvent, un maintien du lien après le départ pour éviter une séparation brutale

Selon les situations, les professionnels interrogés ont maintenu un lien ou pas avec la personne à la suite de son entrée en établissement pour personnes âgées. Lorsque le lien se poursuit, c'est souvent au travers d'appels téléphoniques ou de visites, pour éviter une séparation trop brutale qui pourrait fortement affecter la personne concernée. Les professionnels interrogés rappellent que la pension de famille constitue souvent la seule famille des résidents. C'est pourquoi des visites peuvent être organisées, à la fois à l'EHPAD mais aussi pouvoir accueillir l'ancien locataire pour des activités à la pension de famille, en tant qu'invité :

« Je suis allée la voir deux fois avec des résidents, on a fait un anniversaire surprise pour elle à l'EHPAD, ils avaient réservé une salle à notre demande » (professionnelle de pension de famille).

« On continue à avoir du lien parce que deux fois par semaine, on va la chercher à l'EHPAD et elle vient faire des activités de la pension de famille. Elle a gardé une attache très forte avec la pension de famille et inversement. C'est important pour nous de continuer à faire du lien, même si elle n'est plus présente en tant que locataire. Et c'est une personnalité qui est très attachante, très souriante. Donc ça fait du bien aussi au groupe de la voir et qu'elle reste au sein du collectif » (professionnelle de pension de famille).

Les professionnels de pension de famille eux-mêmes sont des repères très importants pour nombre de résidents, dont ils peuvent avoir besoin après leur admission en établissement pour personnes âgées :

« Je suis retournée voir cette dame car elle avait peur de se retrouver seule en EHPAD. Pour beaucoup de résidents, la maison relais, c'est une famille. J'avais demandé à ma Direction de ne pas lâcher brutalement l'accompagnement. J'ai pu la suivre 3 à 4 mois après son départ en EHPAD. On s'appelait régulièrement » (professionnelle de pension de famille).

« Pendant les premiers mois [suite à son admission en EHPAD], il nous appelé régulièrement. Même si son séjour ne s'est pas toujours bien passé à la pension de famille, avec des relations qui n'ont pas toujours été stables et sereines, on a pu voir qu'on était quand même un repère pour ce monsieur » (professionnelle de pension de famille).

AXE 4 // Accompagner des personnes qui veulent vieillir et mourir chez elles, en pension de famille

Le domicile est le lieu préféré d'une majorité de Français pour finir leurs jours, relève-t-on dans le rapport « Les Français et la fin de vie » publié en 2022 par le Centre National Fin de Vie Soins Palliatifs¹⁰ : 60 % préféreraient finir leur jour à domicile et 22 % à domicile seulement si l'accompagnement nécessaire y est disponible, soit 82 % des Français.

Ce dernier axe s'articule autour de 5 thèmes :

1. Des positionnements divergents vis-à-vis de l'accompagnement jusqu'au bout de la vie en pension de famille ;
2. De l'importance de soutenir les professionnels lorsqu'ils sont amenés à accompagner une personne en fin de vie ;
3. Le recueil des souhaits des personnes concernant leur décès ;
4. Des démarches à effectuer au moment du décès et après ;
5. Des réactions et des implications variables lorsqu'un décès survient parmi les résidents.



1/ Des positionnements divergents vis-à-vis de l'accompagnement jusqu'au bout de la vie en pension de famille

Dans les entretiens, les professionnels de pension de famille interrogés expriment **des positionnements divergents, voire antagonistes vis-à-vis de l'accompagnement jusqu'au bout de la vie des personnes vieillissant en pension de famille**. Tous ne s'accordent pas sur la place et la réponse à apporter aux personnes souhaitant finir leurs jours chez elles, dans la pension de famille.

Pour certains professionnels, accompagner un résident dans son choix de vieillir et de mourir chez soi fait partie intégrante des missions de la pension de famille, y compris lorsqu'ils estiment qu'un établissement pour personnes âgées serait probablement plus adapté à sa situation. C'est ce qu'explique cette professionnelle, qui évoque un « accompagnement de la dégradation dans le lieu de vie » pour décrire ce type d'accompagnement :

« Aujourd'hui, ce monsieur dit bien qu'il veut décéder dans son lieu de vie, dans la pension de famille. Si nous, on pouvait choisir à sa place, oui il serait en maison de retraite [rires]. Mais Monsieur se sent bien chez lui. Son chez lui, c'est ici, la pension de famille. Il a longtemps vécu à la rue. Le remettre dans un autre environnement, c'est risquer de le perdre et il ne voudra pas. Monsieur est chez lui, il est bien chez lui. Et on va l'accompagner jusqu'à la fin. Avec les difficultés que ça peut poser, en termes d'hygiène... C'est comment on construit un accompagnement de la dégradation dans son lieu de vie, chez lui » (professionnelle de pension de famille).

¹⁰ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/sondage_fin_de_vie_-_bva_pour_le_cnspfv.pdf

Pour ces professionnels, il ne s'agit pas de transformer la pension de famille en une structure médicalisée et adaptée à la fin de vie, ni de pallier le manque d'accompagnement adapté pour vieillir et finir ses jours à domicile. L'enjeu est avant tout de répondre au souhait exprimé par les personnes concernées, qui n'est pas d'aller vivre ailleurs, dans un environnement probablement plus adapté à leur état de santé et d'autonomie certes, mais qui serait synonyme pour elles de déracinement. La préférence qu'expriment ces personnes souhaitant vieillir et finir leurs jours en pension de famille correspond avant tout à un besoin d'arrimage, d'ancrage, c'est-à-dire pouvoir se fixer, maintenir des liens au sein d'un environnement familial, dans un contexte où la personne fait face en vieillissant à une série de pertes et de deuils.

« [Au sujet de l'entrée d'un locataire âgé au sein de la pension de famille] *on a bien vu qu'il avait beaucoup de difficultés mais en même temps, c'était aussi lui proposer de vivre une fin de vie dans un lieu pour rompre leur solitude, plus que pour pallier sa vieillesse. Et on avait bien conscience qu'il ne vivrait pas des années et des années* » (professionnelle de pension de famille).

« *On a des personnes qui sont un peu incasables, pour qui c'est difficile de trouver une place ailleurs, quand ils vieillissent. Mais finalement, l'enjeu c'est aussi comment finir ses jours chez soi, ça pose la question du modèle qu'on prend. C'est une question qui se pose pour tout le monde, mais aussi tout particulièrement pour ce public qui a des problématiques spécifiques et qui a mis du temps avant de se poser et qui a difficilement confiance et pour qui, se remettre dans un autre dispositif, c'est compliqué* » (professionnelle de pension de famille).

A l'opposé, d'autres professionnels estiment qu'il n'est pas possible de vieillir et finir ses jours en pension de famille et que ce type d'accompagnement n'y a pas sa place. Ils décrivent des situations subies, dans une structure qui n'est pas adaptée et pour lesquelles il faudrait trouver des solutions alternatives. Ces professionnels évoquent les locaux inadaptés, la prise de risque, le fait que la pension de famille n'est pas une structure médicalisée. La plupart d'entre eux mettent en avant le fait qu'ils se heurtent au refus « *catégorique* » des locataires concernés face à un déménagement, faisant qu'ils se retrouvent « *bloqués* » avec une situation pour laquelle ils estiment ne pas pouvoir proposer de réponse.

« *Il ne veut pas du tout aller dans un EHPAD. Ou même envisager, ne serait-ce qu'envisager l'EHPAD. On n'a pas de solutions aujourd'hui* » (professionnelle de pension de famille).

Quelques professionnels avancent également l'idée que certaines personnes âgées dépendantes bloqueraient des places en pensions de famille qui pourraient être proposées à d'autres, plus jeunes, qui auraient davantage leur place dans la structure selon une logique de parcours d'insertion. Ces arguments ne sont néanmoins pas en adéquation avec la définition même des pensions de famille, qui s'inscrivent dans une logique « *d'habitat durable, sans limitation de durée* » (circulaire DGAS/SDA n]2022-595 du 10 décembre 2002).

Des conceptions différentes, voire antagonistes de l'accompagnement du vieillissement se dessinent donc, que l'on peut résumer – à gros traits – ainsi :

- **L'accompagnement pensé jusqu'au bout de la vie** : si la personne souhaite vieillir et mourir chez elle, il faut l'accompagner en cherchant à mobiliser les possibilités pour mettre en place l'étayage le plus soutenant et adapté possible, tout en reconnaissant qu'il existe de nombreuses contraintes et que cet étayage pourra ne pas être mis en place. Dit autrement, la personne a toujours sa place en pension de famille, quel que soit son état de santé et de dépendance et même si les ressources disponibles permettant de sécuriser le maintien à domicile sont limitées, voire très partielles. C'est le respect du choix de la personne, de sa liberté individuelle qui prévaut.

- **L'accompagnement pensé en termes de limites** : l'accompagnement est balisé, on pose des limites au-delà desquelles il n'est plus possible d'accueillir la personne au sein de la pension de famille, engageant ainsi la recherche d'une solution d'hébergement autre, au sein d'un établissement pour personnes âgées dépendantes. Dit autrement, elle n'est plus à sa place dans la pension de famille, elle n'a plus l'autonomie nécessaire pour continuer à y vivre. On retrouve aussi une logique de devoir mettre en sécurité la personne, estimant que le cadre n'est plus sécurisé pour la personne.

Dans les entretiens, les positions des professionnels ne sont pas toujours aussi tranchées, ils oscillent parfois entre ces deux conceptions. Toujours est-il que ces positionnements divergents révèlent un manque de réflexion commune et partagée, à la fois à l'échelle de l'organisme gestionnaire mais aussi des pensions de famille en tant que dispositif, sur la place et l'accompagnement des personnes âgées au regard du cahier des charges, du projet social et des valeurs portées par ces structures.



2/ De l'importance de soutenir les professionnels lorsqu'ils sont amenés à accompagner une personne en fin de vie

Plusieurs professionnels ont rapporté des exemples d'accompagnement de résidents en fin de vie en pension de famille. Certains sont décédés dans leur logement, d'autres à l'hôpital. Les situations décrites sont très diverses mais toutes pointent la nécessité de soutenir ces professionnels lorsqu'ils sont confrontés à ces situations, que ce soit en équipe, à l'échelle institutionnelle ou par des partenaires extérieurs.

Certains résidents ont bénéficié d'un accompagnement en HAD (Hospitalisation A Domicile) ou encore par une équipe mobile en soins palliatifs. Ces interventions de partenaires sont décrites comme très aidantes, y compris pour les hôtes de la pension de famille qui bénéficient alors des conseils de ces équipes et pour les autres résidents. Le soutien du mandataire, le cas échéant, a aussi été décrit comme précieux pour la mise en place des aides et accompagnements.

« L'HAD, ça a été très aidant, il y avait des passages plusieurs fois par jour, l'équipe répondait aux questions des professionnels de la pension de famille. C'était un soutien important pour le résident mais aussi pour notre équipe » (professionnelle de pension de famille).

« L'équipe mobile en soins palliatifs du CHU est intervenue en amont et en aval du décès, à la fois pour les résidents et les professionnels de la pension de famille. C'était très important pour libérer et entendre la parole de chacun. L'équipe était constituée d'une infirmière, une psychologue et un médecin. Ils nous ont donné des conseils pratiques, par exemple si Madame a soif, comment on fait, si elle n'est pas à l'aise dans son lit... Mais ils étaient là aussi pour répondre aux appréhensions des professionnels et des résidents » (professionnelle de pension de famille).

Dans d'autres cas, les personnes refusaient les soins. Ces situations sont difficiles à vivre, tant pour les professionnels que pour les autres résidents, qui peuvent avoir l'impression que rien n'est fait pour la personne.

« On a aussi eu des personnes qui étaient en refus de soins. On savait qu'il y allait avoir un décès. Et ces personnes sont décédées chez elles. C'est leur lieu de vie, c'est leur logement, c'est leur choix de vie » (professionnelle de pension de famille).

Chez plusieurs professionnels interrogés, on retrouve l'idée d'accepter d'accompagner les personnes avec l'idée qu'elles vont mourir à un moment ou un autre. Il faut accepter, notamment lorsqu'elles sont en refus de soins, de voir leur état de santé se dégrader, parfois de les voir souffrir aussi, expliquent les répondants.

« Ce monsieur le sait, il le dit lui-même : je ne vais pas faire de vieux os, je ne vais pas vieillir très longtemps. Mais j'ai besoin de consommer mon petit verre de vin six fois dans la journée... Il a le moral [rire]. Les médecins nous ont prévenu, un jour il va faire un AVC et on ne pourra plus rien faire. Donc on se dit tiens, encore une journée de passée, il a encore gagné ce temps-là... Quand on part en vacances, on ne sait jamais s'il va être encore là. On sait que ces résidents vivront ici jusqu'à la fin de leurs jours » (professionnelle de pension de famille).

« On s'attend à ce qu'à un moment, on arrive un matin et qu'il soit décédé. On le sait. C'est tellement fragile. Quand on le voit marcher, on a l'impression que c'est un brin d'herbe qui va tomber » (professionnelle de pension de famille).

Cette professionnelle interrogée insiste sur l'importance à pouvoir échanger en équipe lorsque confrontée à une situation de fin de vie. Cela permet de ne pas faire reposer toute la responsabilité de la gestion de la situation sur les épaules d'un seul professionnel.

« [Enquêtrice : vous êtes outillé pour faire face ?] C'est l'expérience. En début de carrière, je n'aurais peut-être pas le même détachement. On a eu plusieurs décès, avec des gens dans le refus de soins. N'empêche qu'à chaque fois c'est compliqué. Heureusement qu'on est en équipe. On peut en échanger. Ça permet d'avoir l'éclairage du collègue : qu'est-ce que tu en penses ? Qu'est-ce qu'on fait ? On avise au fur et à mesure. Ce qui peut être compliqué, des fois, c'est qu'est-ce qu'on fait. Quand on est tout seul, on se dit est-ce que j'appelle le 15 ? Qu'est-ce qu'on fait ? Donc là, la ressource a été aussi en équipe, en se disant voilà, les collègues, qu'est-ce que vous en pensez aujourd'hui... C'est difficile de se dire que demain, on va peut-être le retrouver décédé... Est-ce que je suis passée à côté de quelque chose ?! Qu'est-ce que j'aurais dû faire ? Là, quand on est à deux, on peut se dire au moins que la décision est partagée [par exemple d'appeler les urgences ou pas], on la prend à plusieurs, c'est hyper important » (professionnelle de pension de famille).

Néanmoins, on notera que toutes les pensions de famille ne disposent pas de plusieurs professionnels. Il n'est pas rare que des hôtes soient seuls sur leur poste. Les échanges avec les partenaires qui peuvent aussi parfois accompagner la personne (services infirmiers, services d'aide à domicile...) sont alors d'autant plus essentiels.

« On est conscient que la situation peut très vite se dégrader et que peut-être qu'on la retrouvera décédée. Bon, après il y a les passages infirmiers matin et soir, avec qui on est régulièrement en lien. Ils savent que s'il y a une grosse dégradation, ils peuvent nous contacter et on fait un appel au 15 conjointement. Ils ne sont pas tout seul et nous non plus » (professionnelle de pension de famille).



3/ Le recueil des souhaits des personnes concernant leur décès

Le travail autour du recueil des souhaits des résidents en matière de fin de vie et de décès est très variable d'une pension de famille à l'autre. Certaines n'ont pas abordé ces questions, ou alors très à la marge, bien que les professionnels reconnaissent qu'il serait important d'engager des échanges à ce sujet :

« On n'a pas vraiment fait de travail autour de la fin de vie avec les résidents. On sait qu'il faut qu'on le fasse... Mais non. En fait, quand il y a un décès, on en parle. Et au bout de deux mois, on passe à autre chose » (professionnelle de pension de famille).

D'autres ont développé des supports, parfois « fait-maison », parfois inspirés directement d'outils déjà existants (notamment ceux de la Plateforme VIP) pour recueillir les souhaits des résidents. La création et la passation de ces outils peuvent être discutées en amont au sein du conseil des résidents par exemple. Ces outils sont plus ou moins élaborés. Parfois, il s'agit uniquement de quelques informations recueillies dans le

cadre d'une fiche individuelle plus générale. C'est le cas dans la pension de famille où exerce cette professionnelle :

« On s'est rendu compte pour la dernière personne qui est décédée qu'on ne savait pas trop ce qu'elle souhaitait. Donc dans nos fiches d'information maintenant, on a le b.a.-ba (le médecin traitant, le suivi social, la carte de sécu, etc.) et on a une dernière ligne sur les directives anticipées. Donc on a pu recueillir auprès des personnes ce qu'elles souhaitent. Alors c'est très succinct, mais c'est déjà est-ce que je souhaite me faire enterrer ou incinéré. Dans quel cimetière aussi. On est déjà sur ça mais c'est déjà énorme pour certains » (professionnelle de pension de famille).

Dans d'autres cas, les informations recueillies sont plus détaillées, même si l'outil doit rester très simple, comme l'explique cette professionnelle :

« On a travaillé un document simplifié qu'on va distribuer à chacun et discuter avec eux, avec des questions simples : ce qu'ils aimeraient, quelle musique, quel vêtement... De manière à pouvoir respecter ce que veulent les personnes. Ça a été discuté en conseil des résidents. Au départ, ça les a un peu plombés quand on a parlé du document parce que ce n'est pas quelque chose dont ils aiment parler mais on a abordé ça en disant, voilà on avait pensé à faire ce document simplifié parce que certains se posaient la question de ce qui allait se faire pour moi quand j'allais partir. On leur explique que c'est pour respecter au mieux ce dont ils auraient envie » (professionnelle de pension de famille).

Plusieurs professionnels expliquent que le recueil des souhaits est impulsé à la suite du décès d'un résident. Certains des locataires et les professionnels peuvent en effet se saisir de cet événement pour aborder le sujet :

« On vient d'aborder le sujet de la fin de vie et des directives anticipées. Ça avait été demandé quand un résident avait été enterré au carré des indigent. Un résident avait réagi en disant je ne veux pas finir comme ça, je ne veux pas finir tout seul » (professionnelle de pension de famille).

Nombre de professionnels insistent sur l'importance à ne pas aborder ces questions trop tardivement, notamment dans l'urgence. Il faut laisser le temps à la personne de réfléchir et aussi de changer d'avis, grâce à des échanges sereins, détendus, parfois ponctués de notes d'humour, mais sans qu'il n'y ait jamais nécessité de prendre une décision à l'issue de la discussion.

« Surtout, c'est important d'apporter un peu de légèreté autour de ces questions. De ne pas être dans l'urgence de devoir prendre une décision quand on est au pied du mur. De favoriser l'échange, le dialogue. Parce que ça rend un peu tabou la fin de vie. « Je vais mourir ici », j'entends ça de temps en temps » (professionnelle de pension de famille).

« Ce sont des personnes qui ont des problèmes de santé. Je n'attends pas forcément qu'ils aillent mal, au contraire je profite plutôt du fait qu'ils aillent bien pour dire « et s'il se passe quelque chose... ». Voilà, on amène le sujet. Je leur dis que je préfère en parler quand ça va bien que lorsque ça va mal. Parce que des fois les gens disent « mais vous me voyez déjà mort ?! ». Ah non, non, non ! Pas d'inquiétude ! C'est juste que des fois, c'est mieux d'anticiper et de travailler quand ils vont plutôt pas mal » (professionnelle de pension de famille).

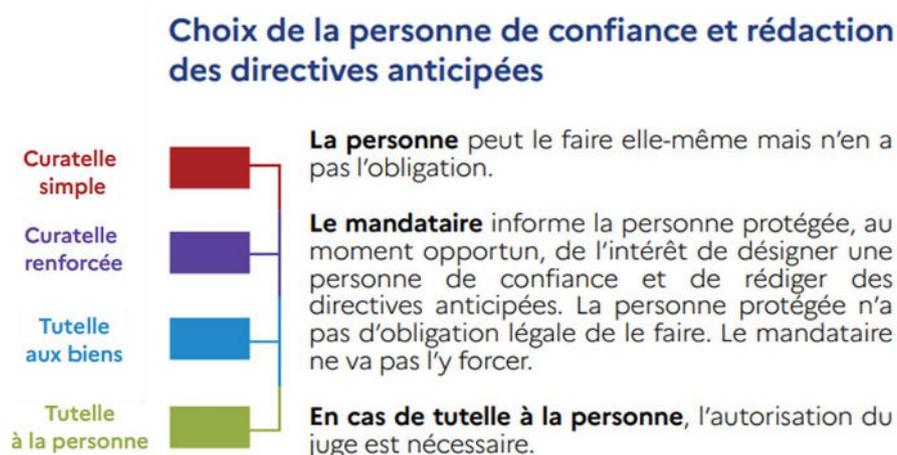
« C'est quand même compliqué d'aborder le sujet de la mort avec certains. Il y en a deux ou trois pour qui c'est très clair, ils veulent être enterré à tel endroit avec telle personne présente, religieux, pas religieux. Mais les autres n'y ont jamais songé. Donc on leur dit vous n'êtes pas obligé de me dire maintenant mais il va falloir qu'on en parle... Il y en a même qui nous disait « mais tu crois que je vais mourir tout de suite là ?! ». On disait « non pas du tout ! » [rire]. Bon c'est vrai qu'on ne se pose pas encore toutes ces questions mais un jour, ça va arriver » (professionnelle de pension de famille).

Dans certaines situations, c'est le mandataire qui a recueilli les souhaits de la personne accompagnée. Lorsque ce travail est effectué en lien avec les hôtes de la pension de famille, cela facilite grandement le déroulé des événements au moment du décès, expliquent les professionnels concernés, en contribuant à ce que les souhaits de la personne puissent être pris en compte. Une pension de famille a également expliqué travailler de manière conjointe avec un cabinet infirmier, qui peut accompagner les personnes pour le volet médical des souhaits en matière de fin de vie, la pension de famille se chargeant d'accompagner le renseignement du volet social. De manière plus générale, une préparation anticipée des souhaits de la personne en matière de fin de vie peut entraîner des répercussions positives sur le collectif de résidents confrontés à son décès, cela donne du sens comme l'explique cette professionnelle :

« Pour la préparation de sa fin de vie avec sa curatrice, on travaillait super bien ensemble. On a travaillé sur ses vœux et vraiment ça s'est bien passé pour lui. Il a eu ce qu'il voulait. La sépulture, tout ça... Il y avait des rituels, du sens. Ça a été profitable aussi pour les autres résidents » (professionnelle de pension de famille).

Notons cependant que d'autres professionnels ont décrit des situations où les mandataires n'étaient pas suffisamment impliqués, selon eux, dans le recueil des souhaits et des directives anticipées. Les entretiens montrent que le rôle des mandataires à ce sujet n'est pas clair pour les professionnels de pension de famille interrogés. Certains répondants estiment en effet que c'est au mandataire de traiter ces questions avec le résident, d'autant plus que l'accompagnement des hôtes en pension de famille n'est pas contractualisé avec la personne, comme dans un établissement médicosocial.

Il importe de rappeler que, quelle que soit le type de mesure, la personne protégée n'a aucunement l'obligation de rédiger ses directives anticipées. Le mandataire doit néanmoins l'informer de l'intérêt de désigner une personne de confiance et de rédiger ses directives anticipées.



Source : Plaquette « Comprendre les mesures de protection juridique : le rôle du mandataire judiciaire », réalisée en collaboration avec le CREAI Pays de la Loire et financé par la DREETS des Pays de la Loire

[https://pays-de-la-loire.dreets.gouv.fr/sites/pays-de-la-loire.dreets.gouv.fr/IMG/pdf/depliant_partenaires_630x210_rv.pdf]

Parfois, l'accompagnement va plus loin et les professionnels de pension de famille sont amenés à accompagner des résidents dans la réalisation de démarches telle que la signature d'un contrat d'obsèques.

Globalement, il ressort des entretiens que l'accompagnement de la fin de vie, et notamment l'anticipation et le recueil des volontés de la personne, est peu investi à l'échelle institutionnelle. Les professionnels interrogés ont peu de repères clairs sur ce qu'ils doivent, peuvent faire et comment accompagner concrètement les personnes. Certains professionnels ne se sentent pas légitimes ou craignent d'être trop intrusifs en abordant ce sujet avec la personne. Ils préfèrent qu'un interlocuteur extérieur puisse intervenir, qu'il s'agisse du mandataire ou d'un autre acteur (association...) :

« Je ne me sens pas forcément la meilleure interlocutrice. Je suis sûre qu'il y a des associations ou des professionnels qui sont mieux placés que nous, parce que nous on est toujours dans le quotidien. Et je sais que pour certains, ces questions de fin de vie peuvent être compliquées à aborder. Donc je pense qu'avoir un intervenant extérieur sur cette question-là pourrait être intéressant » (professionnelle de pension de famille).

D'autres professionnels expriment une appétence pour le sujet et s'investissent ainsi plus facilement dans l'accompagnement. D'autres encore ont vécu nombre de décès au sein de la résidence et ont ainsi accumulé de l'expérience dans la gestion de ces situations. *« C'est mon 9^e décès depuis que j'ai pris mon poste, je connais toutes les démarches maintenant »* explique un répondant. Mais dans l'ensemble, peu ont été formés sur le sujet de la préparation de la fin de vie et la plupart des professionnels interrogés n'ont pas connaissance des ressources existantes, notamment des outils développés par la plateforme VIP pour faciliter le recueil des souhaits¹¹.

« Sur le versant de la fin de vie, il y a un gros travail à faire sur comment on gère une fin de vie en pension de famille, comment on l'anticipe et on arrive à recueillir les volontés de la personne. Et comment on accompagne un groupe aussi, un décès au sein du collectif. Toutes ces questions-là... Il y a un manque de formation et d'information qui permettrait aux professionnels de pension de famille d'être parfois plus armés et de mieux accompagner le vieillissement » (professionnelle de pension de famille).



FOCUS SUR UNE RESSOURCE

Le guide « J'aimerais que ça se passe comme ça pour ma fin de vie et après », élaboré par la Plateforme VIP, est un outil à destination des professionnels et des personnes accompagnées dans les structures sociales, dont les pensions de famille. Il vise à les accompagner dans le recueil des souhaits en matière de fin de vie, tout en proposant des éléments de définition et des encarts à remplir.

A retrouver sur le site internet de la plateforme VIP : <https://plateforme-vip.org/>

¹¹ Guide « J'aimerais que ça se passe comme ça pour ma fin de vie et après », 2024, élaboré par la Plateforme VIP : https://plateforme-vip.org/wp-content/uploads/2024/02/IMP-Jaimerais-que-ca-se-passe-comme-ca-pour-ma-fin-de-vie-et-apres_V4imprimable-4.pdf



4/ Des démarches à effectuer au moment du et après le décès

Plusieurs professionnels interrogés ont évoqué l'accompagnement qu'ils ont dû réaliser à la suite du décès de résidents vieillissants. Dans la plupart des cas, le résident décédé n'avait pas de liens avec sa famille ou n'avait plus de proches. Les professionnels concernés mettent en avant le fait qu'ils ont dû assurer des tâches auxquelles ils n'étaient pas préparés ou formés : quelles démarches faut-il réaliser ? Auprès de qui ? Sous quels délais ? Des questions pratico-pratiques se posent : Comment et auprès de qui déclarer le décès ? Qui organise les obsèques ? Plusieurs expliquent avoir dû « *apprendre sur le tas* ».

« Sur la question du deuil, ça a été compliqué parce que ce monsieur n'avait aucune famille, il était complètement seul. Donc qui s'occupe de la sépulture ? Moi je ne savais pas, j'ai appris en fait. On apprend toujours. Donc c'est passé par le CCAS. Personne ne s'occupe de la succession. Donc là aussi j'apprends, il faut envoyer l'acte de décès au tribunal. Il y a tout un vocabulaire. Ce serait vraiment bien qu'on puisse avoir des fiches types, par exemple quand il n'y a aucune famille, qu'est-ce qu'on fait quand il y a un décès » (professionnelle de pension de famille).

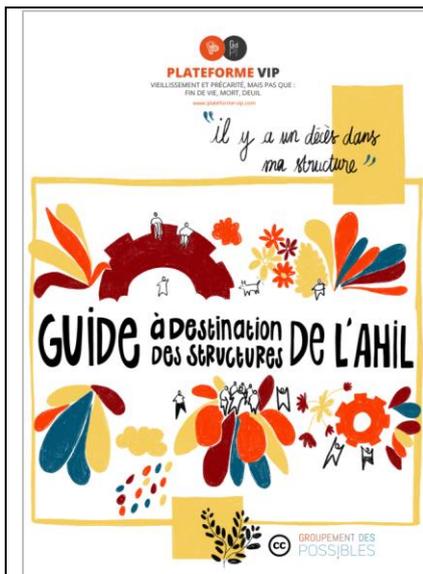
« Quand il y a un décès, le service de protection juridique s'arrête et derrière, s'il n'y a pas de famille, c'est souvent les professionnels de la pension de famille qui gèrent tout ça. Et encore une fois, là-dessus, on n'est pas formé » (professionnelle de pension de famille).

Certains soulignent également que chaque situation est singulière et que, bien qu'il existe un cadre général, il y a souvent des spécificités qui font que les démarches peuvent être différentes d'un cas sur l'autre.

« Je vérifie sur internet les informations sur les démarches pour la fin de vie. Mais les situations sont toutes très différentes, même si certaines peuvent se ressembler un peu. C'est dans ma pratique professionnelle, j'appelle, je demande des renseignements. Par exemple demander à la mairie, la police municipale, les pompes funèbres, le médecin généraliste... Je note, je note... Mais chaque situation est différente » (professionnelle de pension de famille).

Dans quelques situations, plutôt rares, le mandataire judiciaire a pris en charge certaines démarches post-mortem, bien que la mesure d'une personne sous protection s'arrête toujours au moment du décès.

Les professionnels interrogés insistent sur l'importance de l'anticipation de ces démarches, notamment pour s'assurer de respecter au mieux les volontés de la personne. Pour cela, il est impératif d'avoir échangé sur ses souhaits. Cette anticipation permet d'appréhender plus sereinement la situation et de donner davantage de sens aux démarches effectuées.



FOCUS SUR UNE RESSOURCE

Le guide « **Il y a un décès dans ma structure** », élaboré par la Plateforme VIP, est un outil à destination des professionnels exerçant dans des structures de l'AHIL (accueil, hébergement, insertion, logement). Il vise à permettre aux équipes et aux institutions d'initier une réflexion sur l'accompagnement d'un décès d'une personne accompagnée avant que celui-ci ne survienne mais aussi les guider dans les différentes étapes, depuis la suspicion du décès jusqu'aux obsèques et après.

A retrouver sur le site internet de la plateforme VIP :
<https://plateforme-vip.org/>



5/ Des réactions et des implications variables lorsqu'un décès survient parmi les résidents

Les réactions des résidents face au décès d'un autre locataire peuvent être très variables d'une personne à l'autre, allant de l'indifférence à une expérience de deuil intense, expliquent les professionnels interrogés. Ceux-ci rappellent que les résidents ont souvent connu des parcours de vie difficiles, avec des expériences parfois traumatiques qui peuvent avoir une incidence sur la manière dont la personne tisse des liens avec les autres, notamment des liens d'attachement. Certains ont aussi côtoyé la mort de près au cours de leur vie.

Certains professionnels ont décrit des situations où des résidents se sont impliqués lors d'un décès, notamment en assistant à la cérémonie, en écrivant un texte, en déposant des fleurs ou encore en décorant un espace dans la résidence en hommage à la personne défunte. Dans d'autres cas, le décès semble être passé inaperçu, notamment lorsque la personne n'avait pas ou plus de liens avec les autres locataires. Cette situation peut bousculer des professionnels, en questionnant leur rôle au-delà des aspects administratifs, lorsqu'il n'y a pas de dynamique collective ou de réactions émanant des autres locataires. C'est que qu'explique cette répondante, qui décrit ses difficultés lorsqu'elle est confrontée à l'absence de rites, de temps collectifs avec les résidents lorsque ceux-ci n'avaient pas relation particulière avec la personne décédée.

« Suivant le lien que les résidents avaient avec la personne, c'est très variable. Certains n'ont pas de liens. Là pour ce monsieur qui est décédé, tout le monde avait un lien avec lui, ça bousculait tout le monde. Du coup, il y a eu une certaine implication des résidents. Certains sont venus à la sépulture. D'autres ont mis un mot. Mais des fois, il ne se passe rien du tout. Ça, ça ne me convient pas car même s'il n'y a pas de liens avec les autres résidents, comment nous professionnels, on transmet quelque chose de la personne ? » (professionnelle de pension de famille).

Conclusion

1/ Synthèse de l'étude

Le cadre de la commande

Cette étude a été réalisée à la demande de la Direction Régionale de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DREETS) des Pays de la Loire.

L'étude a été réalisée en 2024 par le Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) des Pays de la Loire.



Le contenu de l'étude

Cette étude vise à mieux comprendre les problématiques rencontrées par les professionnels exerçant en pension de famille et en résidence accueil, quand ils accompagnent des personnes vieillissantes. Trois axes ont été spécifiquement investigués : l'accompagnement de la perte d'autonomie des résidents vieillissant en pension de famille, l'accompagnement des départs de résidents vieillissants et l'accompagnement de la fin de vie et du deuil en pension de famille.

L'étude s'appuie sur des entretiens réalisés auprès de professionnels exerçant en pension de famille, ainsi que des entretiens collectifs menés auprès de résidents âgés de 45 ans et plus, en Pays de la Loire.

L'étude révèle les principaux points suivants :

- Le vieillissement en pension de famille est vécu par les résidents comme une étape ambivalente, marquée par la perte d'autonomie mais aussi une certaine forme de résilience et d'adaptation. S'ils craignent la dégradation de leur état de santé, la perte de leurs capacités physiques et l'isolement, ces résidents revendiquent aussi un esprit jeune et valorisent la vie collective en pension de famille, qui rompt l'ennui et permet de maintenir le lien social.
- Pour bien vieillir, les résidents insistent sur l'importance de prendre soin de soi, de sa santé physique et mentale, mais aussi de rester engagé dans des activités et de maintenir des relations sociales. La pension de famille est ainsi décrite comme un environnement favorable au bien vieillir, tant que l'autonomie reste suffisante. La plupart des résidents interrogés estiment que si leur état de santé et leur autonomie se dégrade trop fortement, ils devront quitter la pension de famille pour aller vivre dans un établissement plus adapté. Les perceptions des maisons de retraite sont assez différentes selon les résidents, mais beaucoup craignent, en allant vivre dans ces établissements, de perdre les avantages liés à la vie collective et à la liberté auxquelles ils sont très attachés en pension de famille.
- L'accompagnement du vieillissement par les hôtes de pension de famille se heurte à de nombreuses limites lorsque l'état de santé de la personne se dégrade ou qu'elle perd en autonomie : vieillissement précoce, difficultés d'accès aux soins, manque d'adaptation des locaux, interventions d'aide à domicile insuffisantes, tensions éthiques face aux refus d'aide et/ou de soins. Les professionnels, souvent démunis, doivent concilier accompagnement individualisé et animation collective, dans un cadre encore peu outillé pour faire face au vieillissement des publics précaires. Ces situations questionnent les limites de

l'intervention des hôtes, qui sont amenés à assurer des tâches ne relevant pas de leur fonction, notamment en matière de coordination de parcours ou encore d'accompagnement à la toilette.

- Lorsque le maintien en pension de famille n'est plus possible ou souhaité par la personne, l'anticipation et la construction d'un projet d'entrée en établissement pour personnes âgées apparaissent essentielles, mais restent complexes à mener, tant pour les résidents que pour les hôtes. Le manque de places, les délais d'attente, l'absence de solutions adaptées et la méconnaissance des spécificités du public précarisé par les structures accueillant des personnes âgées rendent les démarches d'orientation longues et incertaines. Les hôtes rapportent des difficultés à mobiliser les partenaires autour de l'accompagnement de ces situations.
- Enfin, l'anticipation et l'accompagnement de la fin de vie reste un sujet délicat, marqué par des positionnements divergents chez les professionnels de pension de famille. Le respect des souhaits des résidents, la préparation sereine de leur décès et le soutien des professionnels sont des enjeux majeurs, encore peu abordés et mis au travail à l'échelle des structures et des organismes gestionnaires, malgré l'existence de ressources et d'outils en la matière.
- Globalement, l'accompagnement des résidents vieillissants en perte d'autonomie semble plutôt être abordé au cas par cas, situation par situation, plutôt que de faire l'objet d'une réflexion plus globale, à l'échelle des structures et des organismes gestionnaires.

2/ Les résultats sous forme de points-clefs

Axe 1 : Point de vue des résidents sur le vieillissement

Comment les résidents interrogés perçoivent-ils leur vieillissement ?

Du point de vue des résidents, les principaux marqueurs de leur vieillissement sont :

- La dégradation de l'état de santé physique, psychique et cognitive ;
- La perte des capacités physiques qui entraîne une diminution des activités ;
- Un sentiment d'isolement qui peut s'exacerber à mesure qu'on vieillit ;
- Des craintes comme la peur de souffrir, de développer une maladie grave, de perdre en autonomie.

Malgré ces perceptions négatives, les résidents adoptent aussi un discours plus positif :

- Plusieurs résidents expliquent adapter leurs activités à leurs capacités ;
- Beaucoup revendiquent un sentiment de jeunesse : « *on peut vieillir et toujours avoir l'esprit jeune !* » expliquent-ils ;
- La vie collective en pension de famille est présentée comme un remède contre l'isolement et l'ennui.

Les clefs du bien vieillir aux yeux des résidents

- Prendre soin de sa santé sur le plan somatique ;
- Rester actif physiquement ;
- Prendre soin de sa santé mentale ;
- Entretenir et maintenir des relations sociales ;
- Rester engagé dans des activités pour briser l'ennui et la déprime ;

- Avoir assez de ressources financières.

Pour les résidents, c'est possible de bien vieillir en pension de famille, mais jusqu'à un certain point...

La pension de famille offre un filet de sécurité qui permet de prendre soin de soi et de sa santé.

Les hôtes peuvent aider les résidents vieillissants pour certaines démarches et activités quotidiennes.

La vie collective en pension de famille est enrichissante, cela permet de rester actif et en lien avec les autres. La mixité intergénérationnelle est appréciée.

⇒ Les résidents interrogés estiment que la pension de famille est un environnement favorable au bien vieillir, à condition d'avoir un minimum d'autonomie et de ne pas présenter trop de problèmes de santé.

Aller vivre en maison de retraite ? Pourquoi pas...

Les avis des résidents interrogés sur le fait d'aller vivre un jour en maison de retraite sont divers, parfois antagonistes. Certains s'y opposent catégoriquement, là où d'autres y songent.

La santé et l'autonomie apparaissent comme les principaux facteurs déterminants aux yeux des résidents. « *Il y a un moment donné, on ne peut plus s'occuper de soi-même, on est obligé d'aller en maison de retraite* » explique l'un d'eux.

Les résidents sont fortement attachés à la liberté et la vie collective permise au sein de la pension de famille, qu'ils craignent de perdre en allant vivre en maison de retraite.

Les perceptions des maisons de retraite sont très différentes selon les résidents interrogés : certains les décrivent comme des prisons ou des mouroirs, d'autres comme des lieux de vie pour des personnes certes moins autonomes mais qui continuent à être actives. Les représentations parfois stéréotypées qui persistent traduisent une méconnaissance chez de nombreux résidents des différents types d'établissements pour personnes âgées existants, invitant ainsi, comme le proposent certains locataires interrogés, à aller visiter et à se renseigner en amont.

Axe 2 : Accompagner le maintien à domicile : difficultés, soutiens et limites des professionnels en pension de famille

Accompagner les résidents vieillissants en matière de santé

- Des résidents vieillissants dont l'état de santé est décrit comme fragile, avec un cumul de problématiques nécessitant un suivi médical assuré par une diversité de professionnels de santé.
- Des signes du vieillissement qui arrivent tôt (dès 45/50 ans), avec une dégradation parfois brutale de l'état de santé.
- En dépit de besoins en santé importants, de multiples difficultés d'accès aux soins et de maintien d'un suivi médical : mise en place tardive d'une prise en charge médicale, démographie médicale insuffisante, délais d'attente, craintes de résidents vis-à-vis des consultations médicales, absence de demande ou refus de soins de certains résidents, difficultés à gérer soi-même sa prise en charge médicale, manque de sensibilisation et de formation des soignants vis-à-vis des besoins et spécificités

des publics précaires, manque d'écoute et de crédit accordés à la parole des résidents lors des consultations médicales, présence d'addictions, cloisonnement des prises en charge qui ne permet pas de répondre à la situation des résidents relevant de plusieurs champs de compétences (psychiatrie, personne âgée, addictologie...).

- Le rôle des hôtes en matière d'accompagnement sanitaire des résidents vieillissants peut se décliner en trois volets :
 - (Ra)mener vers le suivi médical : en encourageant la personne à prendre soin d'elle, de sa santé puis en l'incitant à consulter, toujours en recherchant son adhésion. Cet accompagnement peut prendre parfois des années à se mettre en place et n'aboutit pas toujours, avec des situations de refus de soins qui persistent.
 - Accompagner, être présent lors des consultations : un soutien important, voire nécessaire pour garantir l'accès aux soins. Ce soutien individualisé ne peut néanmoins pas toujours être mis en place du fait de contraintes de temps et de ressources humaines.
 - Organiser et œuvrer en faveur de la continuité du parcours de soins : il peut s'agir d'identifier les professionnels de santé à consulter, s'assurer du suivi des rendez-vous...
- La coordination des parcours de soins des résidents vieillissants a été fréquemment discuté dans les entretiens avec les professionnels de pension de famille, qui soulignent les points suivants :
 - Les hôtes expliquent devoir exercer des tâches relevant de la fonction d'un coordinateur de parcours de soins, faute de partenaire pouvant assurer ce rôle ;
 - Les hôtes sont confrontés à des difficultés pour mobiliser et faire le lien entre les partenaires autour de l'accompagnement de situations de résidents vieillissants ;
 - Les hôtes observent une méconnaissance des partenaires, en particulier dans le secteur sanitaire, vis-à-vis des missions et du fonctionnement des pensions de famille, souvent confondues avec un foyer de vie ;
 - Les hôtes déplorent que leur parole, en tant que travailleurs sociaux, soient insuffisamment prise en compte par les professionnels de santé ;
 - Certains hôtes peuvent s'appuyer sur des ressources internes à leur organisme gestionnaire (par exemple des équipes mobiles) concernant l'accompagnement sanitaire des résidents, mais cela reste minoritaire. Nombre d'entre eux plaident pour le recrutement de personnel soignant au sein de la structure ou de l'organisme gestionnaire pour assurer la coordination des parcours de soins des résidents présentant des situations complexes.

Accompagner la perte d'autonomie des résidents vieillissants

- Le manque d'accessibilité des locaux est une difficulté récurrente, qui concerne nombre de pensions de famille. Les logements et espaces communs inadaptés peuvent renforcer l'isolement des personnes, qui parfois ne peuvent plus sortir de chez elles et/ou fréquenter les pièces partagées (cuisine, salon, jardin...). Le risque de chutes est également majoré, ce qui inquiète beaucoup les hôtes, qui ne sont pas présents en continu, et craignent de retrouver la personne au sol.
- Des solutions peuvent être mises en place face au risque de chutes mais elles restent limitées. Par exemple, un système de téléalarme peut être mis en place mais les personnes n'ont pas toujours de proches à prévenir en cas de chute. Plusieurs professionnels expliquent ne pas connaître ou ne pas pouvoir réaliser les gestes pour relever une personne âgée tombée au sol.

- Les hôtes jouent un rôle important dans le repérage des difficultés liées à la perte d'autonomie car ils côtoient les résidents quotidiennement. Ils peuvent encourager, voire accompagner, certains résidents vieillissants à déposer des demandes d'aides à domicile.
- La mise en place de services d'aide à domicile peut se faire sans difficulté, avec des résidents qui adhèrent à ces propositions de soutien, certes parfois après une période plus ou moins longue de réflexion. Mais dans d'autres cas, les personnes s'y opposent catégoriquement ou bien, lorsque l'accompagnement a été mis en place, les aides à domicile finissent par cesser de venir car la situation devenant ingérable pour elles (comportements déplacés, logement insalubre, refus de la personne à les laisser entrer...). Plusieurs hôtes signalent que les aides à domicile sont insuffisamment formées à l'accompagnement de personnes en situation de précarité.
- Parfois, il n'y a pas (ou pas suffisamment) d'intervenants à domicile pour accompagner la personne vieillissante. Plusieurs hôtes interrogés ont été amenés à devoir accomplir des actes ne relevant pas de leur mission, par exemple changer les protections intimes de résidents incontinents.

Des situations d'accompagnement qui soulèvent des interrogations chez les hôtes, sur leur rôle, le sens et les limites de leur intervention

- Les situations d'accompagnement des résidents vieillissants peuvent exiger beaucoup de temps et de disponibilité pour les hôtes, au détriment de l'animation collective attendue en pension de famille.
- Les professionnels doivent assurer une veille constante, souvent face à des sollicitations répétitives et disproportionnées.
- Les hôtes sont confrontés à des questionnements éthiques, portant sur le sens et les limites de leur accompagnement : jusqu'où aller dans l'accompagnement, notamment quand la personne n'a pas accès aux services dont elle aurait besoin ? comment accompagner une personne dont l'état de santé se dégrade fortement mais qui est dans le refus de soins ? quelle est la place d'une personne en pension de famille qui ne participe plus aux activités ? comment faire face à la prise de risque, quand la personne se met en danger en restant à domicile ? quel sens donner à l'accompagnement de la dégradation et de la fin de l'existence ?
- Les hôtes expriment souvent un sentiment d'impuissance, ils se sentent démunis face aux situations de personnes en refus d'aide et/ou qui n'ont pas accès aux services dont elles ont besoin.
- Face à ces questionnements éthiques, les hôtes sont peu outillés et accompagnés. La question de l'accompagnement des personnes vieillissantes est peu abordée à l'échelle institutionnelle. Les situations sont plus souvent gérées au cas par cas, selon le degré d'urgence.

Axe 3 : Accompagner, lorsque la possibilité du maintien à domicile est questionnée ou remise en cause

Construire le projet d'emménager en établissement pour personnes âgées avec la personne concernée

- L'adhésion du résident est essentielle pour envisager un départ vers un établissement pour personnes âgées, mais elle nécessite souvent un long processus d'acceptation, qui n'aboutira pas toujours.

- Les hôtes sont partagés entre respecter le rythme du résident et la nécessité d'anticiper les démarches, face aux longues listes d'attente en établissement, les difficultés d'accès pour le public qu'ils accompagnent et la dégradation parfois brutale de leur état de santé.
- Les démarches de réorientation sont longues, incertaines, et doivent être accompagnées avec patience et en mobilisant les partenaires extérieurs pour soutenir la réflexion du résident.
- Le départ peut être particulièrement difficile émotionnellement pour les résidents, car quitter la pension de famille revient souvent à abandonner leur premier véritable « chez-soi » stable. Vieillir dans un lieu où l'on se sent "chez soi" est essentiel pour les résidents, qu'il s'agisse de rester en pension de famille ou d'entrer en établissement ; le respect de leurs souhaits est fondamental.
- La capacité à se projeter dans un nouveau lieu (accessibilité, possibilité de conserver des habitudes ou des objets personnels) est décisive pour réussir une transition vers un établissement pour personnes âgées. D'où l'importance du recueil de leurs souhaits et des visites de structures. Certains détails (proximité des commerces, ambiance de l'établissement, liens humains) jouent un rôle majeur dans l'acceptation d'un déménagement.
- Les hôtes cherchent à anticiper la perte d'autonomie en abordant progressivement avec la personne vieillissante l'éventualité d'un déménagement vers une structure plus adaptée, notamment en essayant de lui faire prendre conscience des risques liés au maintien à domicile (chutes, accès aux soins, limites d'accessibilité). Cet accompagnement n'est cependant pas dénué de tension éthique, avec une frontière mince entre soutenir le choix éclairé d'une personne, dans le respect de sa liberté de décision ; et tenter de la convaincre d'adhérer à un projet de déménagement jugé nécessaire par les professionnels.
- Le départ en structure pour personnes âgées suppose des compromis : la personne vieillissante doit parfois accepter certaines conditions (mesure de protection, sevrage d'addictions) pour intégrer un établissement pour personnes âgées. Elle devra respecter les contraintes inhérentes à ce type d'établissements, qui peut se traduire par une perte de liberté personnelle notamment. Les hôtes insistent sur une communication honnête concernant les conditions d'entrée et de vie en établissement pour personnes âgées, tout en reconnaissant que les équipes d'accueil ne doivent pas non plus exiger de la personne qu'elle ait résolu toutes ses problématiques, notamment d'addictions, avant l'admission.

Les limites au maintien à domicile pour les résidents vieillissants perçues par les hôtes

- La mise en danger de la personne (chutes, troubles cognitifs, dégradation de l'état de santé) est perçue comme la principale limite au maintien en pension de famille par les hôtes.
- Les hôtes identifient une deuxième limite au maintien à domicile : lorsque la dignité des personnes est mise à mal, malgré la mise en place d'un étayage parfois renforcé au domicile mais qui ne suffit plus ou que la personne refuse. Ils décrivent des situations de résidents ne pouvant plus se laver, aller aux toilettes, s'alimenter...

Construire le projet d'emménager en établissement pour personnes âgées avec les partenaires

- Les professionnels de pension de famille soulignent l'importance d'une collaboration étroite avec les partenaires, notamment les médecins traitants, pour accélérer les démarches d'admission en établissement pour personnes âgées et appuyer leurs demandes. Le soutien des partenaires extérieurs permet aux professionnels de pension de famille de partager leurs préoccupations, d'exprimer leurs limites et de trouver des solutions ou des conseils pour mieux accompagner les résidents vieillissants. Cependant cette collaboration n'est pas toujours facile à mettre en place.
- Les hôtes rapportent des désaccords sur l'évaluation des situations : les partenaires (MDPH, mandataires judiciaires, services hospitaliers...) n'identifient pas toujours les mêmes limites au maintien à domicile, retardant selon eux les orientations nécessaires. Certains partenaires peuvent confondre les pensions de famille avec des établissements médico-sociaux, surestimant leurs capacités d'accompagnement médico-social et sanitaire.
- La collaboration est jugée indispensable mais difficile par les hôtes : malgré la volonté d'agir en partenariat, les professionnels des pensions de famille rencontrent de fortes difficultés à mobiliser collectivement les acteurs du soin et du social pour construire des parcours adaptés aux résidents vieillissants. L'absence de réponses, la délégation parfois implicite des responsabilités et la lenteur d'action face à l'urgence de certaines situations font que les hôtes peuvent se sentir ignorés et démunis. En l'absence de relais adéquat de certains acteurs, les professionnels de pension de famille se voient parfois contraints de réaliser certaines démarches qu'ils ne sont pas censés assurer.

Des solutions parfois possibles mais de nombreux freins à l'accès aux établissements pour personnes âgées

- Plusieurs solutions d'hébergement en sortie de pension de famille (résidences autonomie, résidences-services, EHPAD) ont été citées par les hôtes interrogés, correspondant chacun à divers profils selon le degré d'autonomie des personnes concernées. Néanmoins, de nombreux freins à l'accès à ces établissements ont été décrits :
 - Le manque de places et les délais d'attente pour une admission ;
 - Le manque de liens, de partenariats, d'interconnaissance avec les établissements pour personnes âgées ;
 - Les craintes que suscite la présence d'addictions et/ou de troubles psychiques ;
 - L'absence de mesure de protection juridique ;
 - L'âge des personnes ;
 - Le manque de formation des équipes dans les établissements pour personnes âgées ;
 - Le coût...
- Certains professionnels de pension de famille plaident pour la création de structures alternatives, dédiées à l'accueil de publics précaires vieillissants et dont le cadre serait plus adapté à leurs spécificités. D'autres préconisent plutôt de transformer les établissements déjà existants, mettant en exergue l'importance de maintenir des structures mixtes socialement.

Préparer l'entrée en établissement, maintenir un lien après le déménagement

- En cas d'admission, les professionnels de pension de famille peuvent accompagner étroitement certains résidents dans la préparation de leur entrée en établissement pour personnes âgées, en

facilitant les démarches administratives, les rendez-vous et en transmettant aux équipes d'accueil des informations essentielles sur les habitudes de vie des personnes. Ils peuvent aussi aider la personne à trier ses affaires, négocier certains aménagements avec l'établissement et parfois organiser concrètement le transport des biens.

- Certains professionnels de pension de famille ont parfois l'impression d'être contraints à accompagner des résidents dans certaines démarches administratives à la place d'autres partenaires.
- Le maintien du lien avec les anciens résidents est fréquent après leur départ, via des appels, des visites ou des activités partagées, afin d'éviter une rupture brutale et de préserver une continuité affective importante. Les professionnels de pension de famille restent souvent un repère fort pour les anciens résidents, de même que les autres locataires.

Axe 4 : Accompagner des personnes qui veulent vieillir et mourir chez elles, en pension de famille

Des positionnements divergents vis-à-vis de l'accompagnement jusqu'au bout de la vie en pension de famille

- Certains hôtes estiment que l'accompagnement des résidents jusqu'à la fin de leur vie fait partie des missions des pensions de famille, tandis que d'autres considèrent qu'ils doivent rejoindre des établissements spécialisés au-delà d'un certain niveau de dépendance.
- Ces divergences montrent l'absence d'une réflexion commune sur l'accompagnement du vieillissement et de la fin de vie au sein des pensions de famille, à l'échelle des structures mais aussi des organismes gestionnaires.

De l'importance de soutenir les professionnels lorsqu'ils sont amenés à accompagner une personne en fin de vie

- Les hôtes sont confrontés à des situations où ils doivent parfois accepter la dégradation de l'état de santé et parfois le refus de soins de certains résidents, tout en respectant leur choix de finir leur vie chez eux.
- Le soutien des partenaires extérieurs (HAD, équipes mobiles en soins palliatifs, mandataires) est essentiel pour accompagner les professionnels et les résidents confrontés à la fin de vie en pension de famille. Le travail en équipe, les échanges entre collègues ou avec des partenaires extérieurs sont alors cruciaux pour partager les décisions, éviter l'isolement des professionnels et mieux vivre ces situations difficiles.

Le recueil des souhaits des personnes concernant leur décès

- Le recueil des souhaits de fin de vie est mis en place de manière très variable selon les pensions de famille. Il est souvent impulsé après un décès mais est loin d'être systématiquement proposé aux personnes.

- Les professionnels manquent souvent de repères et de formation pour accompagner ces démarches, préférant parfois l'intervention de partenaires extérieurs (mandataires, associations). Certains ne se sentent pas légitimes à aborder ces questions ou craignent d'être trop intrusifs. Beaucoup d'hôtes interrogés ignorent l'existence d'outils dédiés, à destination des travailleurs sociaux.
- Une anticipation sereine et progressive des volontés permet pourtant, non seulement de mieux respecter les choix individuels, mais aussi de donner du sens et d'apaiser le collectif de résidents lors d'un décès, d'après les professionnels interrogés.

3/ Quelques ressources pour aller plus loin

Rapports (liste non exhaustive) :

Ada et al. (2019). *Les vieux précaires, on en fait quoi ? Bien vieillir et finir sa vie en pension de famille.* Le Relais Ozanam, L'Oiseau bleu.

Caron et al. (2023). *Etude sur le public précaire vieillissant accueilli dans les EHPAD d'Ile-de-France.* CEMKA, ARS Ile-de-France.

FAS Pays de la Loire. (2024). *Accompagner le vieillissement des personnes en situation de précarité.*

FAS, FEHAP. (2022). *Plaidoyer Vieillissement et précarité.*

UNIOPSS. (2025). *Personnes vieillissantes dans l'hébergement et le logement accompagné 2023-2024.* UNIOPSS, DIHAL.

Vignault, M et Rey, E. (2025). *Le vieillissement – prématuré ou non – des personnes en situation de grande précarité dans le secteur de l'Accueil, Hébergement, Insertion, Logement en Bretagne.* Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) Bretagne.

Outils et ressources (liste non exhaustive) :

La FAS Pays de la Loire a constitué un PADLET sur le thème Vieillissement et précarité, qui rassemble de nombreuses ressources : <https://padlet.com/amandinelebarbier/fas-pays-de-la-loire-vieillissement-et-pr-carit-tq8dtyl8bidxjejp>

Le CREAI Pays de la Loire a organisé un webinaire intitulé « Préparer et parler de la fin de vie, quels outils pour mieux accompagner ? » le 26 septembre 2024, disponible ici : <https://www.creai-pdl.fr/evenement/preparer-et-parler-de-la-fin-de-vie/>

La Plateforme VIP propose de nombreux outils, webinaires et ressources en lien avec le sujet du vieillissement des personnes en situation de précarité, disponible ici : <https://plateforme-vip.org/>

RAPPORT

Cette étude a été réalisée en 2024 par le CREAI Pays de la Loire, à la demande de la DREETS des Pays de la Loire.

CREAI Pays de la Loire
"Le Sillon de Bretagne" 8 avenue des Thébaudières
BAL N°59 - CP 30406
44804 ST HERBLAIN Cedex
02 28 01 19 19 info@creai-pdl.fr

Pour contacter l'auteur de l'étude :
s.painter@creai-pdl.fr