



UNION PROFESSIONNELLE
DU LOGEMENT ACCOMPAGNÉ



ENQUÊTE

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

BESOINS ET PRATIQUES INSPIRANTES
DANS LES RÉSIDENCES SOCIALES
EN ÎLE-DE-FRANCE

Etude réalisée par l'Ansa avec le financement de l'ARS Île-de-France



SOMMAIRE



Propos introductifs	4
1. Les enjeux du projet	5
2. La promotion de la santé par le logement, un champ à défricher	7
> La promotion de la santé : un enjeu d'encapacitation des personnes, incluant les personnes précaires	
> Le logement, une opportunité pour proposer des actions de promotion et de prévention santé	
> Un besoin partagé par les résidences sociales d'objectiver les enjeux liés à la santé des résidents et les actions déjà engagées	
3. La conduite du projet	11
> Un pilotage participatif appuyé sur un panel d'adhérents franciliens	
> Une méthodologie déployée sur 2 ans	
4. Résumé des enjeux clés du rapport	16
Résultats de l'enquête	18
Quels besoins en matière de prévention et promotion santé chez les personnes logées dans les résidences adhérentes de l'UnafO en Île-de-France ?	
1. L'état de santé des résidentes et résidents	20
> Peu de tendances générales parmi l'ensemble des résidents, mais des profils singuliers en fonction du type de résidence	
> Plus les personnes avancent en âge, moins elles déclarent se sentir en bonne santé, ce qui n'exclut pas que les jeunes rencontrent aussi des problématiques de santé	
> Des pertes d'autonomie liées à l'avancée en âge ou au handicap nécessitent une prise en compte par les équipes	
> Le travail induit des conséquences à la fois positives et négatives sur la santé des résidents	
> Les femmes se déclarent en moins bonne santé que les hommes et présentent des besoins spécifiques en matière de santé	
> Les problématiques de santé mentale sont importantes chez les personnes interrogées, mais la prise en charge semble insuffisante	
2. L'accès et le recours aux soins	29
> Les droits de santé sont ouverts, mais la couverture complémentaire des résidents peut être incomplète	
> L'accès aux soins des résidents est effectif, mais inégal selon les types de soins ou professionnels de santé	
> Le renoncement aux soins concerne plus d'un tiers des habitants des résidences sociales, tout particulièrement les femmes	
> Un cumul de facteurs de risques liés aux modes de vie est observable chez les résidents	
> Le logement accompagné est-il un facteur de santé pour ses habitants ?	
Initiatives inspirantes	42
Fiches pratiques	43
> Initiative 1 - Evénements de prévention et de promotion de la santé	
> Initiative 2 - Les actions de médiation en santé	
> Initiative 3 - Les pairs-aidants	
> Initiative 4 - La formation professionnelle des équipes des résidences	
> Initiative 5 - Les actions de promotion de la santé des femmes	
Conclusion : une alliance santé-logement objectivée	61

PROPOS INTRODUCTIFS



1. LES ENJEUX DU PROJET

En Île-de-France, les adhérents de l'Unaf, union professionnelle du logement accompagné, proposent près de 80 000 logements en résidences sociales, pensions de familles, résidences accueil, foyers de jeunes travailleurs, résidences sociales jeunes actifs et foyers de travailleurs migrants. Toute l'utilité sociale de ces logements repose sur l'accompagnement des personnes logées dont les profils peuvent être très divers : jeunes travailleurs, travailleurs migrants et/ou précaires ou en mobilité professionnelle, personnes issues de la rue ou de l'hébergement, familles monoparentales.

L'âge, le genre, les parcours de vie sont autant de déterminants de santé que les professionnels doivent considérer pour mener une action adaptée et pertinente auprès des personnes concernées. Si la question de la santé, de la prévention à l'accès aux soins, est essentielle pour toute la population, la précarité constitue évidemment un facteur aggravant. De fait, les équipes des acteurs du logement accompagné sont donc confrontées à des problématiques particulières et qui peuvent également dépendre de l'âge ou de la nationalité : compréhension de l'organisation du système de santé, accès à la prévention, désignation d'un médecin traitant, alimentation... L'accompagnement individuel se doit donc de prendre en compte l'ensemble de ces problématiques, sans pour autant se substituer à de véritables intervenants en santé.

Face à ces difficultés multiples, les équipes de terrain concourent à la recherche de solutions et au soutien des résidents dans le respect de leurs volontés et de leur pouvoir de décision, avec la nécessité impérieuse de travailler de concert avec les secteurs médico-social et sanitaire.

Par cette étude inédite financée par l'agence régionale de santé Île-de-France et menée sur deux années en partenariat avec l'Ansa, l'Unaf a souhaité, d'une part, objectiver les besoins en santé des publics accompagnés, d'autre part, mettre en lumière le rôle du logement accompagné dans l'accès de tous aux soins et à la santé et, enfin, promouvoir les initiatives qui ont fait leurs preuves afin d'en accélérer l'essaimage.

La méthodologie de cette étude, associant un questionnaire largement diffusé et des entretiens individuels ou collectifs, permet d'allier des données qualitatives et quantitatives, la vision des professionnels et des personnes accompagnées. Cela en fait donc un document utile pour mieux connaître les besoins en santé des publics étudiés dans le territoire francilien, où l'offre en santé, très diverse, connaît également des « déserts médicaux ».

Pour l'Unafo, les résultats de cette étude sont riches d'enseignements. Nous espérons qu'ils le seront tout autant, en premier lieu pour les acteurs du logement accompagné, comme document ressources sur des initiatives inspirantes et duplicables, mais aussi comme outil d'objectivation de leurs besoins, notamment en termes de financement, pour poursuivre leur engagement sur les questions de santé.

Cette étude permet également de témoigner à l'ensemble de nos partenaires et financeurs, du rôle essentiel du logement accompagné dans le renforcement de l'accès aux soins et à la santé des personnes logées.

L'Unafo remercie tous ses adhérents de la région Île-de-France qui ont participé à cette étude, en particulier : ALJT, Adef Habitat, Adoma, Alfi, Aml, GCSMS Nova Charonne, CLJT, Fondation des Amis de l'Atelier.



2. LA PROMOTION DE LA SANTÉ PAR LE LOGEMENT, UN CHAMP À DÉFRICHER

La promotion de la santé : un enjeu d'encapacitation des personnes, incluant les personnes précaires

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »⁽¹⁾. Selon la Haute autorité de santé (HAS), avec cette définition tournée vers la qualité de vie, « *la santé devient la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part s'adapter à son milieu de vie* »⁽²⁾. Cette approche intègre la santé physique comme mentale, ainsi que les déterminants de santé, circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie⁽³⁾.

Au prisme de cette définition, les actions de prévention, de promotion et d'éducation pour la santé sont pertinentes en ce qu'elles visent à donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer.

La présente étude s'inscrit dans les définitions et principes posés par l'OMS. Elle intègre ainsi la santé physique, psychique et psychologique, ainsi que les addictions aux drogues et à l'alcool. Elle prend également en compte la question du handicap et du vieillissement, en ce qu'elles peuvent porter atteinte à l'autonomie des personnes. Elle s'inscrit en outre dans les principes affirmés dans la *Charte d'Ottawa*, a fortiori alors que l'interdépendance entre santé et pauvreté sont avérés, les personnes précaires accumulant des déterminants sociaux contribuant à une dégradation de leur état de santé.

Le logement, une opportunité pour proposer des actions de promotion et de prévention santé

Le logement accompagné est le terme générique qui regroupe plusieurs dispositifs proposant un logement autonome et abordable et un accompagnement social adapté aux besoins des personnes. Différentes formes de « résidences sociales » existent et s'adressent à un public pour qui l'accès à un logement social ou privé n'est pas possible (pour des raisons financières et/ou un besoin d'accompagnement).

⁽¹⁾ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la santé, New York, 19-22 juin 1946 ; entré en vigueur le 7 avril 1948.

⁽²⁾ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf

⁽³⁾ *Charte d'Ottawa*, 21 novembre 1986

Les projets sociaux, travaillés au moment de la création de la résidence et remis à jour régulièrement précisent le public auquel s'adresse la résidence et les spécificités potentielles de l'accompagnement à mettre en œuvre.

Parmi ces dispositifs, nous distinguons cinq types de résidences :

- > **Les résidences sociales dites « généralistes » ou « jeunes actifs »** proposent un logement autonome et temporaire à un public ayant besoin d'un logement transitoire. Les résidents ont également accès à des espaces collectifs (généralement une cuisine partagée et un espace pour l'organisation d'animations collectives).
- > **Les foyers jeunes travailleurs** s'adressent généralement aux jeunes entre 16 et 25 ans qui bénéficient d'un accompagnement socio-éducatif adapté, d'un logement autonome et d'espaces collectifs.
- > **Les foyers de travailleurs migrants**, de construction ancienne, proposent généralement des chambres individuelles ou collectives et des espaces collectifs (sanitaires et cuisine) ainsi que des équipements collectifs.
- > **Les pensions de familles**, résidences de petite taille (en moyenne 25 logements) organisées autour d'espaces collectifs, sont destinées aux personnes en situation de grande exclusion sociale. Des hôtes (généralement deux) animent les temps collectifs et accompagnent les résidents qui en ont besoin dans leurs démarches individuelles. Contrairement aux autres résidences, les pensions de famille proposent un logement pérenne.
- > **Les résidences accueil**, qui ont un fonctionnement similaire aux pensions de famille, s'adressent aux personnes en situation de grande exclusion qui présentent des troubles d'ordre psychique, pour lesquels est prévu un conventionnement avec un service d'accompagnement social (SAVS / SAMSAH) et avec le secteur psychiatrique.

Le logement accompagné répond à des situations et des publics très divers : accompagner des ménages en transition, faciliter l'accès au logement ordinaire, stabiliser un parcours chaotique et sécuriser des ménages dont les difficultés sont profondes ⁽⁴⁾, qu'ils soient des jeunes travailleurs ou jeunes en insertion, des personnes en formation professionnelle, des femmes en difficulté, des travailleurs immigrés, etc. ⁽⁵⁾.

Les personnes accédant à une résidence sociale voient leurs parcours stabilisés, mais elles demeurent précaires ⁽⁶⁾, rencontrant parfois des difficultés pour se soigner, faire valoir leurs droits et préserver leur santé, parfois confrontées à des troubles mentaux ou des addictions. Les professionnels observent d'ailleurs une précarisation et un vieillissement

⁽⁴⁾ Synthèse *Les parcours résidentiels des publics accueillis approche comparative*, février 2018, Fors recherche sociale.

⁽⁵⁾ Circulaire n°2006-45 du 4 juillet 2006 relative aux résidences sociales, N° NOR : SOC/U/06/10516/C.

⁽⁶⁾ 57% des personnes entrantes en résidence sociale ont des revenus inférieurs au seuil de pauvreté et 27% disposent de moins de 565 euros par mois (enquête profils et parcours des personnes logées, Unaf, 2022).



lissement des personnes vivant en résidence sociale, pouvant engendrer des besoins spécifiques d'accompagnement dans un contexte institutionnel et administratif toujours plus complexe et propice au non-recours aux droits ⁽⁷⁾.

Le logement accompagné peut être facteur de santé, puisque la stabilité résidentielle, la forme d'habitat semi-collective et la présence d'intervenants sociaux dessinent un cadre au sein duquel des actions à destination des résidentes et résidents peuvent être proposées. C'est le cas lorsqu'en complément ou au sein de la gestion locative sociale, les équipes de la résidence incluent un volet « santé » dans leur accompagnement social individuel ou lorsqu'elles proposent des actions collectives.

Pour autant, la possibilité de recourir à des intervenants sociaux sur le volet « santé » est identifiée et investie de façon différenciée selon les structures. Certains estiment ainsi que le rôle des équipes en résidences sociales relève plutôt de médiations sociales prenant la forme d'orientations vers le droit commun pour activer les droits (et plus ponctuellement intervenir sur les situations plus complexes), dans un contexte de manque de personnel. C'est le sens des propos d'une responsable de résidence rencontrée au cours de l'enquête : « *ce n'est ni la mission du travailleur social, ni celle du gestionnaire locatif, que d'accompagner sur la santé des résidents* ».

Ainsi, du point de vue du travail social, il n'y a pas d'évidence à investir le sujet de la santé en l'absence de référentiel d'intervention sur ce champ, et dans un contexte où les équipes d'intervention sociale sont restreintes ⁽⁸⁾. Cela requiert une action volontariste et, potentiellement, une montée en compétence des équipes sur des enjeux pluriels (pratiques de prévention, santé somatique et psychique, addictions, etc.).

⁽⁷⁾ Etude *La résidence sociale, un logement au service de l'insertion*, Unafo, mai 2015.

⁽⁸⁾ Les résidences sociales mobilisent en moyenne 2,5 ETP pour 100 logements, dont 13% dédiés à la gestion locative sociale et 9% à l'accompagnement social spécifique (synthèse *Le modèle économique des résidences sociales*, SCET et Unafo, juin 2023).

Un besoin partagé par les résidences sociales d'objectiver les enjeux liés à la santé des résidents et les actions déjà engagées

A ce jour, aucune étude ne permet d'objectiver les besoins de santé des résidents, ni les actions engagées pour promouvoir l'accès aux soins et la prévention santé par les résidences sociales en Île-de-France.

Pour pallier ce manque, l'Unafo et l'ARS Île-de-France ont engagé une démarche conjointe à compter du mois d'août 2022, avec l'appui de l'appel à projets *Réduction des inégalités sociales de santé – financement d'actions structurelles*.

Cette démarche s'inscrit dans le cadre proposé par l'Etat visant à réduire les inégalités sociales de santé, en intervenant sur le lien entre l'état de santé de la population et certains déterminants sociaux, en l'occurrence, le logement. Ce projet a ainsi pour objectif de documenter et de renforcer les actions de promotion de la santé auprès des personnes logées en résidence sociale, dans le cadre de l'accompagnement social réalisé par les intervenants sociaux.

D'une durée de 2 ans (2022-2024), il implique la mise en œuvre de trois actions au sein du réseau Unafo en Île-de-France, parmi lesquelles deux études réalisées par l'Ansa :

> Une étude des besoins en matière de promotion-prévention à la santé auprès des personnes logées et des intervenants sociaux.

L'objectif est d'identifier les besoins en matière de santé auprès des résidents et des intervenants sociaux puis de confronter ce recueil de besoins aux actions déjà menées et aux conceptions préconstruites des besoins en santé des résidents.

L'étude contribue à définir les thématiques et modalités prioritaires d'actions à développer ainsi qu'à outiller et renforcer les compétences des travailleurs sociaux autour des enjeux de santé des résidents.

Elle favorise également l'expression et la participation des résidents en les impliquant dans leur parcours de soins notamment.

> Une étude d'impact des actions engagées, par les intervenants sociaux envers les personnes logées, en matière de promotion de la santé.

Il s'agit de repérer les actions déjà mises en œuvre par les adhérents qui répondent aux besoins identifiés dans le cadre de l'enquête, de documenter ces actions et recueillir des premiers éléments de bilans, de manière à diffuser la connaissance et outiller les autres adhérents.

L'objectif de l'étude d'impact est de promouvoir l'interconnaissance et le partage au sein des adhérents franciliens et d'appuyer une éventuelle démarche de plaidoyer pour appuyer la recherche de financements pour des actions de promotion de la santé en logement accompagné.

3. LA CONDUITE DU PROJET

Un pilotage participatif appuyé sur un panel d'adhérents franciliens

Un comité de pilotage composé de 8 adhérents franciliens de l'Unaf o s'est constitué en soutien à la démarche.



Adef Habitat

Association présente dans l'ensemble des départements franciliens, elle gère aujourd'hui 25 résidences sociales, 25 foyers de travailleurs migrants et 15 résidences jeunes actifs et étudiants.



Association logement familles isolées (Alfi)

L'association pour le logement des familles et des isolés a été créée en 1955 et fait partie du groupe ARCADE-VYV auquel adhèrent les ESH et sociétés coopératives HLM du groupe.

L'association gère aujourd'hui 30 résidences dont 28 en Île-de-France regroupant au total près de 1800 résidents, 8 pensions de famille (dont résidences accueil) et 21 résidences jeunes actifs (foyers de jeunes travailleurs), pour au total 1 700 logements.



Association pour le logement des jeunes travailleurs (ALJT)

Créée en 1956 à l'initiative de la Caisse des dépôts de consignations, l'ALJT propose d'accueillir, de loger et d'accompagner les jeunes pour faciliter leurs parcours.

Aujourd'hui, l'ALJT gère plus de 7000 logements, répartis dans 46 foyers de jeunes travailleurs, 13 résidences jeunes actifs et 5 résidences étudiants.



Adoma

Historiquement Sonacotra, Adoma est aujourd'hui une société d'économie mixte, filiale du groupe CDC Habitat (Caisse des dépôts et consignations), qui loge ou héberge des personnes en difficulté pour accéder à un logement de droit commun.

Adoma gère des dispositifs d'hébergement (dont asile) et des structures de logement accompagné (foyers de travailleurs migrants, résidences sociales, pensions de famille, résidences pour jeunes actifs et foyers de jeunes travailleurs).

En Île-de-France, Adoma compte 213 résidences pour près de 30 000 ménages accueillis (158 résidences sociales, 45 foyers de travailleurs migrants, 10 pensions de famille et 1 foyer de jeunes travailleurs).



Association pour l'accompagnement, le mieux-être et le logement des isolés (Amli)

Créée en 1965, elle intervient dans le Grand-Est et en Île-de-France pour proposer des logements dans des structures adaptées.

Elle propose ainsi 1800 logements dans 14 résidences sociales et pensions de familles, 4 foyers de travailleurs migrants et 1 foyer de jeunes travailleurs.



Centre du logement des jeunes travailleurs (CLJT)

Créée en 1956 à l'initiative de la Caisse des dépôts de consignations, l'ALJT accueille, loge et accompagne les jeunes pour faciliter leurs parcours.

Aujourd'hui, l'ALJT gère plus de 7000 logements, répartis dans 46 foyers de jeunes travailleurs, 13 résidences jeunes actifs et 5 résidences étudiants.



Groupement de coopération sanitaire sociale et médico-sociale Nova Charonne (GCSM Nova Charonne)

L'établissement accueille des personnes majeures et isolées, vieillissantes ou fragilisées, dans 22 logements situés en pension de famille à Paris.

Il est en lien avec l'association Charonne qui propose, depuis 1972, des actions et expérimentations au services des personnes présentant des conduites addictives.



Fondation Les Amis de l'Atelier

Fondée par des Eglises protestantes, la fondation intervient auprès des personnes en situation de handicap ou de dépendance en Île-de-France et en Haute-Vienne, dans une approche de développement du lien social et d'inclusion des personnes en situation de handicap en lien avec l'entourage et la famille. Elle gère 7 résidences accueil et pensions de famille, soit 163 logements.

Le comité de pilotage constitué par l'Unafo, s'est réuni en janvier 2023 au lancement du projet pour valider la méthodologie du projet et son calendrier. Il s'est ensuite réuni pour des points d'étape :

- > en amont de l'enquête quantitative (avril et septembre 2023) :** validation de la méthodologie de passation du questionnaire, constitution du panel de résidences, contenu des questions et modalités de diffusion et de communication du questionnaire ;
- > suite à l'enquête quantitative (janvier et avril 2024) :** présentation des résultats du questionnaire, thématiques pour les enquêtes qualitatives et pour les ateliers ;
- > suite à l'enquête qualitative et aux groupes de travail (avril 2024) :** présentation du résultat de l'enquête qualitative et des ateliers et validation des perspectives pour l'étude d'impact (méthodologie, projets à investiguer).

Une méthodologie déployée sur 2 ans

Concernant l'étude des besoins, la méthodologie proposée par l'Ansa a impliqué un premier cadrage de l'étude à travers des visites de résidences et des rencontres avec les adhérents (direction/cadres et intervenants sociaux) ainsi qu'une phase de construction d'outils d'enquête. Des enquêtes quantitatives (questionnaires auprès des intervenants sociaux et des résidents) et qualitatives (entretiens individuels et/ou collectifs auprès des intervenants sociaux, résidents et partenaires de proximité du secteur sanitaire et médico-social) ont été conçues et déployées.

> **Les visites apprenantes ont eu lieu dans 5 structures entre mars et novembre 2023.**

Organisées en lien avec le comité de pilotage, elles ont notamment permis d'adapter la méthodologie initialement proposée.

Résidences concernées (par ordre de visite) :

- pension de famille maison relais Brune - Oppelia Charonne,
- résidence accueil – Fondation Les Amis de l'Atelier,
- résidence sociale (ex FTM) – Adef Habitat,
- résidence Jeune travailleur Vitry – ALJT,
- FTM La Courneuve – Adoma.

> **L'enquête quantitative a fait l'objet d'un questionnaire coconstruit avec le comité de pilotage, diffusé dans un panel de 23 résidences (2754 logements) identifiées au cours du premier semestre 2023.**

Ce ciblage visait à obtenir un échantillon de résidences se rapprochant de la répartition réelle des structures en Île-de-France. Afin de compléter l'échantillon, 10 résidences (1717 logements) ont été ajoutées en cours de diffusion du questionnaire.

Le questionnaire a été diffusé auprès des structures *via* les responsables de structures et intervenants sociaux (webinaires de prise en main et support de communication) pendant 3 mois à la fin du dernier trimestre 2023. Des relances ciblées sur la base d'analyses d'étape basées sur la comparaison entre la répartition des répondantes et répondants, la répartition des logements dans le parc de l'UnafO ont été réalisées.

A la clôture du questionnaire, 229 personnes en résidence avaient répondu au sondage. Sur la base du postulat qu'un logement correspond à un résident, le taux de réponse a été de 8 % du panel identifié initialement, lequel baisse à 5 % si l'on intègre les résidences sollicitées en cours de diffusion. En parallèle, 34 intervenants sociaux ont répondu au sondage.

- > **L'enquête qualitative a pris la forme d'entretiens individuels avec des personnes en résidence (8 entretiens) et d'entretiens avec des personnes volontaires des équipes des résidences (6 entretiens d'approfondissement et 1 entretien de repérage des bonnes pratiques).**

Ces entretiens ont permis d'échanger sur les principaux enjeux identifiés dans les réponses aux questionnaires et de les illustrer. Au regard de la difficulté à contacter les personnes (*turn-over* des équipes et indisponibilités des personnes en résidence), des contacts supplémentaires ont été obtenus grâce à l'appui des membres du comité de pilotage, y compris en dehors du panel initial.

- > **Six ateliers thématiques animés par l'Ansa sur la base de l'enquête qualitative, en présence de l'Unafo et des membres des équipes des résidences, ont été organisés avec un panel élargi de résidences.**

Les échanges ont permis d'enrichir l'enquête et d'explorer les actions et initiatives déjà engagées.



Atelier 1

Adaptation des actions collectives et de l'accompagnement individuel aux besoins de santé des personnes en résidence.

> 5 participants



Atelier 2

Difficultés des personnes en résidence pour accéder à des soins de proximité et freins rencontrés par les intervenants sociaux pour les accompagner.

> 4 participants



Atelier 3

Besoins et freins rencontrés par les personnes en résidence en matière de santé mentale, et freins des intervenants sociaux pour les accompagner.

> 11 participants



Atelier 4

Modalités d'adaptation des résidences et de leurs équipes au vieillissement et à la perte d'autonomie.

> 7 participants



Atelier 5

Identification des besoins spécifiques de santé pour les femmes et des réponses associées.

> 7 participants



Atelier 6

Liens entre santé et emploi.

> 7 participants

- > **Concernant l'étude d'impact, un panel de cinq types d'actions collectives ou individuelles en lien avec la santé parmi les plus fréquemment déployées a été validé avec le comité de pilotage.**

Ces initiatives ont été documentées à travers des entretiens auprès de professionnels des résidences et partenaires opérationnels et une analyse documentaire.

Liste des entretiens réalisés

Amélie Gire, directrice adjointe du pôle accompagnement social - **Alfi**

Dunvell Autret, responsable qualité et gestion de risques - **Alfapsy**

Sandrine Haetty, chargée de mission ingénierie sociale
et **Jessica Steunou**, chargée d'animations collectives et d'accompagnement social - **ALJT**

Nassima Boudrai, responsable ingénierie sociale - **Adef Habitat**

Sylvie Caseau, responsable études et développement social - **Adoma**

Emmanuel Bigot, animateur socio-éducatif / médiateur santé-pair
Oppelia Charonne

Tania Minatchy, chargée de mission habitat - **Fondation Les Amis de l'Atelier**

Goodluck Moukoko, directeur adjoint FJT les Amandiers - **CLJT**

Sandra Belin, cheffe de service - **Oppelia Charonne**

Malika Loho, coordinatrice sociale - **Amlï**

Julien Laplante, coordinateur pôle médiation santé et social
Ligue de l'enseignement

Mariam Tabani, médiatrice sociale et santé senior - **Ligue de l'enseignement**

Stéphanie Pourre, coordinatrice sociale - **Alfi**

Justine Viguièr, travailleuse sociale - **Alfi**

Saliha Harraz, responsable insertion sociale, direction territoriale du Val d'Oise
Adoma

Cynthia Mbalayi, responsable de la résidence sociale Le Séchoir impérial
Adef Habitat

Florane Ollivier, cheffe d'établissements - **Amlï**

Koudiev Sidibé, responsable de l'organisme de formation - **Unafo**

Tarana Duhaut, directrice opérations & développement
et **Guillemette Bailleul**, directrice du pôle éducation et formation
Association Règles élémentaires

4. RÉSUMÉ DES ENJEUX CLÉS DU RAPPORT

Engager une étude sur la santé dans les résidences sociales franciliennes est une initiative qui n'a jamais été engagée jusque-là et elle ne relève pas d'une démarche simple.

- > **Il n'existe pas de référentiel commun sur la place à accorder à la thématique de la prévention et promotion de la santé dans l'accompagnement social**, conduisant à des approches différenciées selon les structures, leurs moyens financiers et humains, ainsi que les compétences et appétences des équipes.
- > **Les typologies de résidences sociales et les personnes y vivant sont diversifiées** : leurs états et les enjeux de santé diffèrent donc très largement (les problématiques de santé d'un jeune en foyer de jeune travailleur ne sont pas les mêmes que celles d'une personne en pension de famille ou en résidence accueil, par exemple).

Il est toutefois possible d'identifier des tendances pour les personnes logées en résidences sociales.

- > **Les droits en santé sont très majoritairement ouverts et l'accès aux soins globalement bon**. Par exemple, 90% des personnes ont une assurance maladie, 75% disposent d'une mutuelle ou de la complémentaire santé solidaire et 90% des personnes répondantes au questionnaire ont consulté un médecin généraliste au cours des cinq dernières années.
- > **La perception de la santé des résidentes et résidents est meilleure chez les personnes concernées que chez les professionnels les accompagnant**, ce qui peut signifier une sous-représentation des personnes rencontrant des problématiques de santé parmi les répondants au questionnaire.
- > **Des problématiques spécifiques de santé sont identifiées et souvent déclarées comme insuffisamment couvertes** : c'est tout particulièrement le cas de la santé mentale, du vieillissement des personnes logées et de la santé des femmes.

Toutes les structures rencontrées agissent en faveur de la prévention et de la promotion de la santé des résidentes et résidents.

- > **Les intervenants sociaux considèrent majoritairement que l'accès aux droits et l'orientation vers les dispositifs et structures de droit commun relèvent de leurs missions au sein de la résidence sociale.**



- > **Les équipes vont au-delà de cette mission en proposant des actions individuelles et collectives en matière de prévention et de promotion de la santé**, lesquelles prennent diverses formes (stands d'information, réunions collectives, dépistages, forum sur la santé, médiation santé...).

Les impacts de ces actions de prévention et de promotion en santé ne sont toutefois par qualifiables à ce jour.

- > **Les actions déployées répondent à des besoins identifiés par les professionnels mais font très rarement l'objet d'une évaluation.**
- > **Elles sont mises en œuvre de façon différenciée selon les territoires et les partenaires et sont très fortement dépendantes du réseau local dans lequel s'inscrit chaque résidence.**
- > **Ces actions sont toutefois fragiles car elles dépendent de financements non pérennes, notamment d'appels à projets, ou des fonds propres des gestionnaires.**

L'étude propose de partager les enseignements de l'enquête et de capitaliser sur les bonnes pratiques identifiées mais ne vise pas à qualifier l'impact de ces actions sur la santé des personnes logées ou leur efficacité au regard de leur coût.

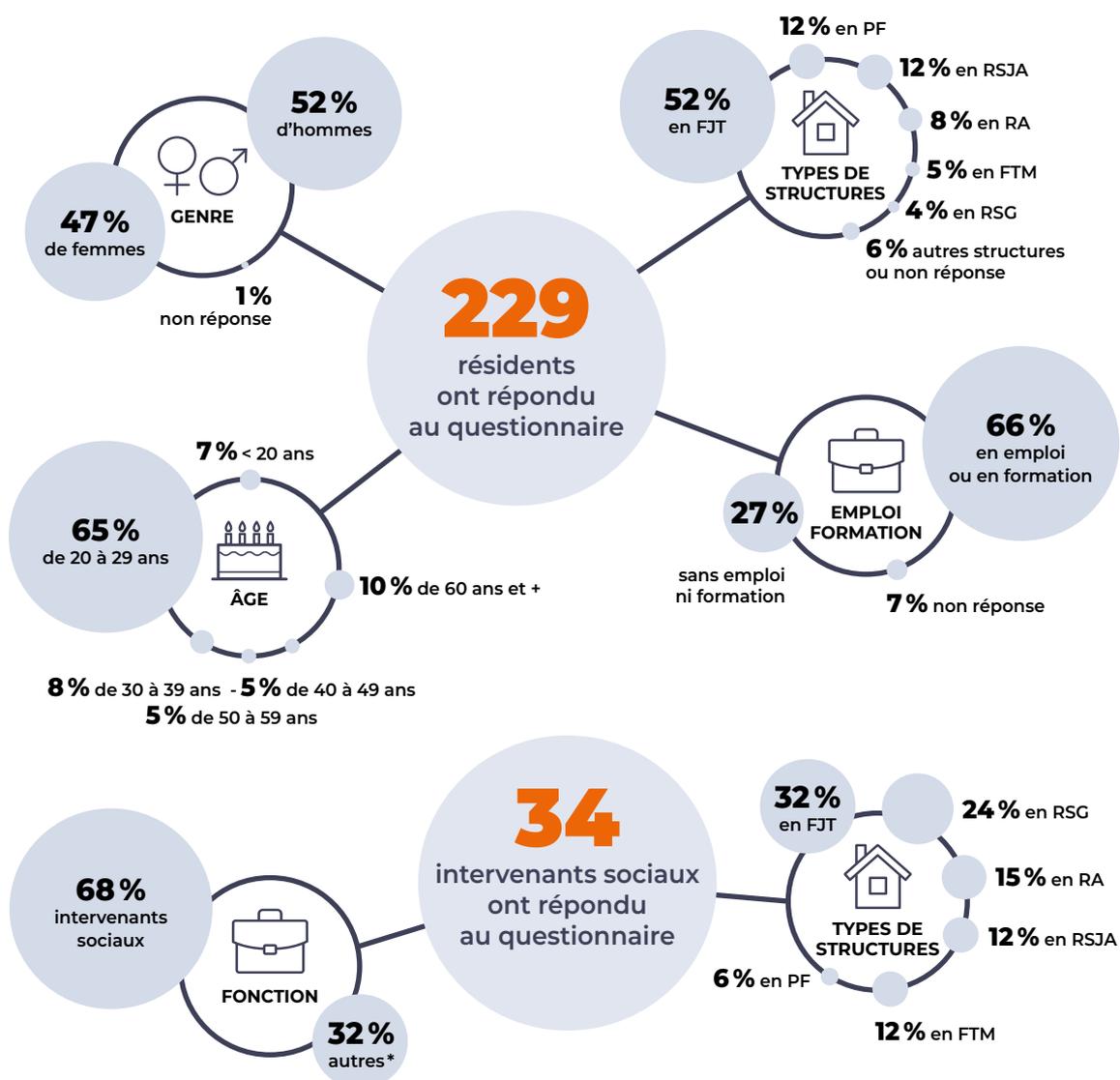
RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE



Quels besoins en matière de prévention et promotion santé chez les personnes logées dans les résidences adhérentes de l'UnafO en Île-de-France ?

FOCUS SUR LE PROFIL DES PERSONNES

AYANT RÉPONDU AU QUESTIONNAIRE



* Responsable insertion sociale, chargé de gestion locative sociale et action collectives, responsable de structure, responsable développement social...

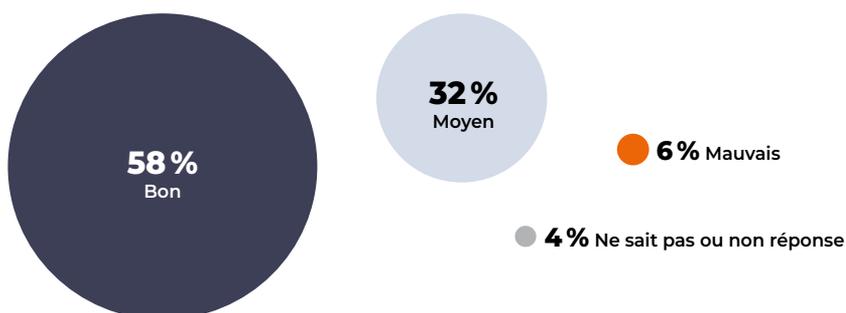
1. L'ÉTAT DE SANTÉ DES RÉSIDENTES ET RÉSIDENTS

Peu de tendances générales parmi l'ensemble des résidents mais des profils singuliers en fonction du type de résidence

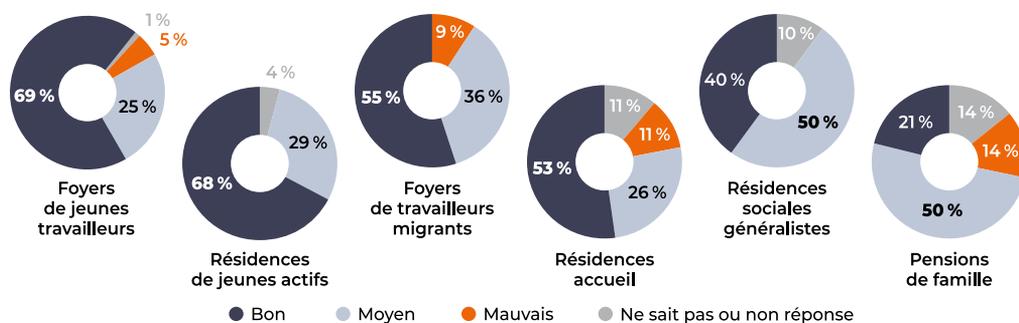
L'enquête par questionnaire ne permet pas d'identifier une tendance claire sur l'état de santé des résidents à l'échelle de l'ensemble des résidences sociales (toutes typologies confondues). Cela peut s'expliquer par la grande diversité des publics accueillis selon les types de résidences sociales (âge, sexe, situation financière, couverture santé, autonomie administrative...).

De manière générale, les personnes ayant répondu au questionnaire se perçoivent majoritairement en bon état de santé⁽⁹⁾. Toutefois, la perception de leur situation de santé par les résidents est très contrastée en fonction des structures.

? Comment jugez-vous votre état de santé ?



? Comment jugez-vous votre état de santé ?

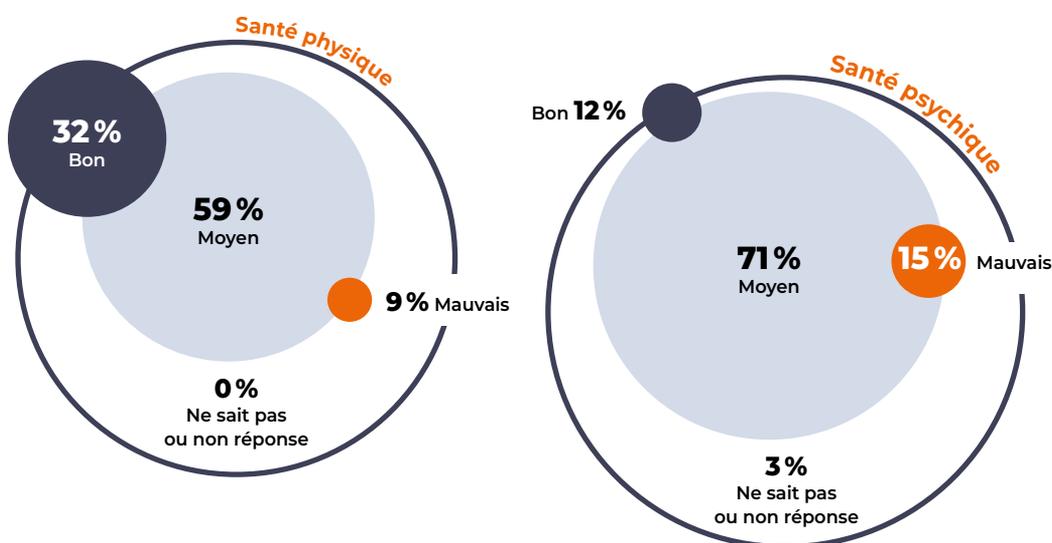


⁽⁹⁾ NB : aucune définition de la santé n'ayant été validée avec les résidents au moment de répondre au questionnaire, il apparaît difficile de savoir ce que les répondants ont intégré dans leurs réponses (notamment au regard de la santé mentale, par exemple).

Ainsi, les personnes en FJT ou en résidence jeunes actifs se déclarent en grande majorité en bonne santé (de manière similaire à la population générale). *A contrario*, les personnes en pension de famille se déclarant en bonne santé sont minoritaires. En cohérence avec la typologie de public logé dans ces structures, les personnes en FTM, en résidence accueil et en pension de famille se déclarent plus souvent en mauvaise santé qu'en population générale.

Les équipes ont une vision plus négative de l'état de santé des résidents que les résidents eux-mêmes, qu'il s'agisse de leur santé physique (59% le jugent « moyen ») ou psychique (71% le jugent « moyen »).

🔍 Selon vous, l'état de santé physique / psychique des résidents est globalement...

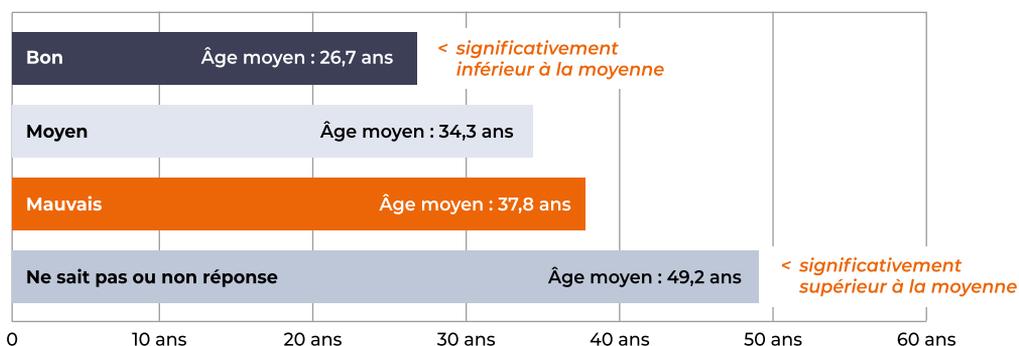


Plus les personnes avancent en âge, moins elles déclarent se sentir en bonne santé, ce qui n'exclut pas que les jeunes rencontrent aussi des problématiques de santé

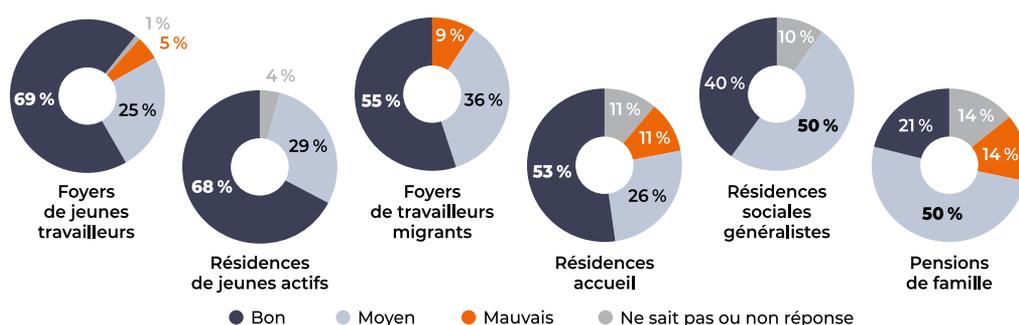
Plus les personnes sont âgées, moins elles déclarent se sentir en bonne santé : les personnes se déclarant en bon état de santé ont en moyenne 26,7 ans, contre une moyenne de 37,8 ans des personnes se déclarant en mauvais état de santé. C'est une des raisons pour laquelle les résultats sont meilleurs dans des structures accueillant des publics jeunes, moins bons dans celles qui accueillent une population vieillissante.

Le taux particulièrement bas de personnes se sentant en bonne santé en pension de famille peut également s'expliquer par le profil du public accueilli (long parcours d'exclusion).

? Comment jugez-vous votre état de santé ? + moyenne d'âge des répondants



? Comment jugez-vous votre état de santé ? + type de structure de logement



On observe des problèmes de santé physiologique liés au vieillissement ou au parcours complexe pour les personnes en pension de famille et FTM, mais aussi des problématiques de santé mentale des personnes en résidence accueil et dans une moindre mesure, en pension de famille.

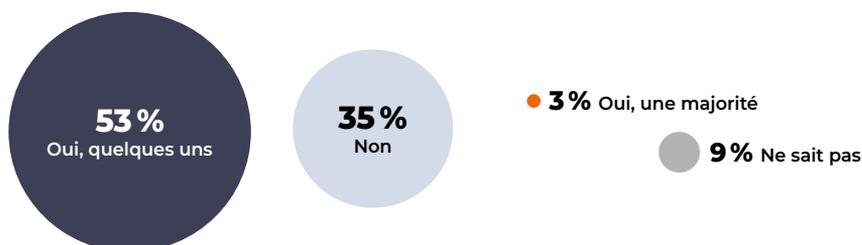
Les jeunes ne sont pas exempts de problématiques de santé : s'ils rencontrent moins de problématiques physiologiques, ils déclarent plus souvent une situation de souffrance psychique.

Toutes résidences confondues, 18% des personnes interrogées déclarent une situation de handicap. Les personnes en situation de handicap se trouvent néanmoins surtout en résidence accueil, en pension de famille et en FTM. Cela s'explique à la fois par le public cible des résidences accueil (adultes en situation de handicap psychique) et par une population vieillissante en pension de famille et FTM (la situation de handicap étant corrélée à l'âge). Les équipes des résidences font, par ailleurs, état d'un vieillissement précoce chez les personnes ayant eu un parcours de vie difficile, en l'occurrence du point de vue du parcours résidentiel (vie dans la rue ou en centre d'hébergement), qui représentent les publics cibles des pensions de famille et résidences accueil.

Des pertes d'autonomie liées à l'avancée en âge ou au handicap nécessitent une prise en compte par les équipes

La majorité des professionnels interrogés font le constat que certains résidents sont concernés par une perte d'autonomie ou des difficultés à accomplir certains actes de la vie quotidienne.

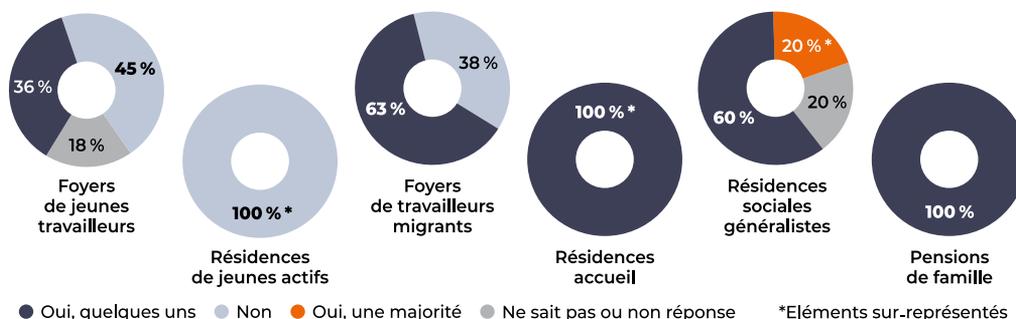
❓ Les résidents sont-ils concernés par une perte d'autonomie ou des difficultés à accomplir certains actes de la vie quotidienne (tâches ménagères, hygiène, alimentation par exemple) ?



Cette perte d'autonomie est majoritairement la conséquence de l'avancée en âge, même si ce n'est pas la seule raison identifiée par les équipes.

Les personnes en perte d'autonomie sont tout particulièrement identifiées en pensions de famille, foyers de travailleur migrants et résidences accueil. Pour autant les personnes en résidences sociales généralistes sont aussi concernées.

❓ Dans quel type de structure travaillez-vous ?
+ Les résidents sont-ils concernés par une perte d'autonomie ou des difficultés à accomplir certains actes de la vie quotidienne (tâches ménagères, hygiène, alimentation par exemple) ?



Les principales problématiques identifiées associées à la perte d'autonomie sont des pertes de mobilité (rendant la vie en résidence inadaptée) et des pertes d'autonomie cognitive (ayant un impact sur la gestion administrative et financière). Des problématiques liées à l'accès et à l'usage du numérique sont aussi identifiés.

La prise en compte du vieillissement apparaît comme un enjeu important pour les équipes. Alors que les résidences sont souvent peu adaptées à la perte d'autonomie (accessibilité PMR limitée et absence de médicalisation des logements), les opportunités de sortie des personnes vieillissantes sont restreintes, qu'il s'agisse de logement social, résidence autonomie ou EHPAD. Cela s'explique par plusieurs facteurs, notamment les réticences des personnes, leurs faibles ressources (et le refus de devenir une charge pour la famille) et la rareté des places dans ces structures.

Comment favoriser le maintien à domicile pour les publics vieillissants en perte d'autonomie en ex-FTM et PF ?

La question du maintien à domicile est apparue comme une problématique récurrente pour les résidences accueillant des personnes vieillissantes confrontées à une perte d'autonomie. Peu de solutions véritablement satisfaisantes sont apparues au cours de l'enquête. Si le droit commun prime, il est souvent largement tributaire de l'engagement des collectivités, au premier rang desquelles les départements font preuve d'un soutien hétérogène. Certains professionnels soulignent la réticence, voire le refus, des associations d'aide à domicile d'intervenir dans certaines résidences.

Plusieurs expériences sont toutefois mises en avant par les professionnels rencontrés au cours de l'enquête :

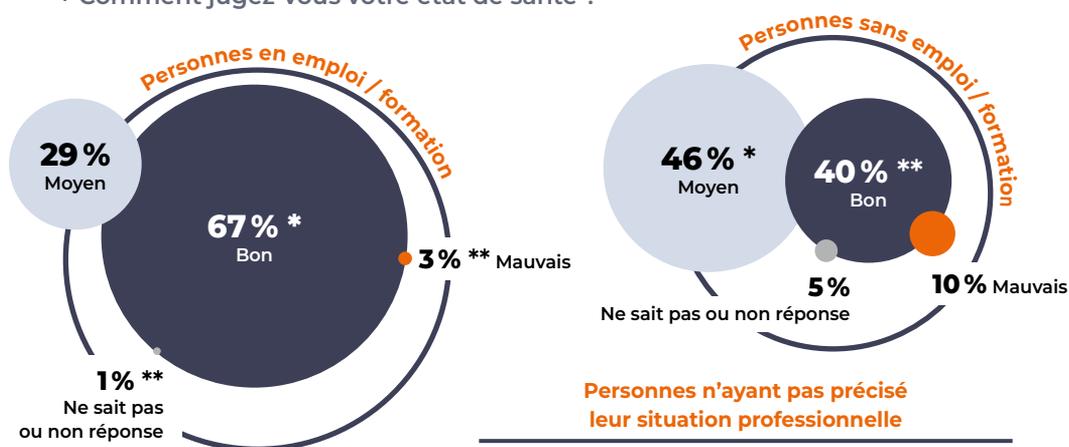
- > Une aide à domicile mutualisée a été mise en place sur un site d'Adoma dans les Hauts-de-Seine, malgré un frein financier persistant pour les résidents.
- > Dans la pension de famille Alfi de Bussy Saint Georges, certains résidents compensent leur perte d'autonomie avec du portage de repas ou des aides à domicile. D'autres structures Alfi se sont mises en lien avec un ergothérapeute pour réfléchir à l'adaptation des locaux.
- > Également gestionnaire d'EHPAD et de résidences autonomie, Adef Habitat organise des parcours vers ces établissements pour son public vieillissant en perte d'autonomie. Le recueil du consentement de la personne demeure toutefois un frein important.

Le travail induit des conséquences à la fois positives et négatives sur la santé des résidents

Sur le panel interrogé, une majorité des répondants a déclaré avoir un emploi ou suivre une formation (66% toutes résidences confondues). Les répondants en emploi ou en formation sont majoritairement logés en FJT (83%), en RSJA (79%) et en FTM (55%), contre des taux bien plus faibles pour les RSG (30%), RA (16%) et PF (14%).

Les personnes en situation d'emploi ou de formation se sentent en meilleure santé que les autres. A ce stade, il n'est toutefois pas possible de définir si l'emploi a des effets positifs sur la santé, ou si ce sont les personnes en meilleure santé qui sont plus souvent en emploi.

❓ Avez-vous un emploi ou suivez-vous une formation (études, alternance...) ?
+ Comment jugez-vous votre état de santé ?



Personnes n'ayant pas précisé leur situation professionnelle

* Éléments sur-représentés
** Éléments sous-représentés



Toutefois, il faut noter que le travail est aussi un facteur de risque pour la santé. Si la majorité des répondants considèrent que leur travail ou formation a des conséquences positives sur leur santé, près de la moitié (43%) déclarent des effets négatifs sur leur santé physique et/ou mentale. 23% des personnes ayant un emploi/une formation, témoignent d'effets à la fois positifs et négatifs.

❓ Votre travail / formation a des conséquences (plusieurs réponses possibles)...



Le travail peut donc aussi être identifié comme une source de mauvaise santé (pénibilité du travail, temps de transports...), incluant la santé mentale (certains évoquent une souffrance liée au manque de choix de leur emploi).

Il peut aussi contribuer au renoncement aux soins par les personnes en résidence pour des motifs divers (difficultés à se faire rembourser lors du passage de la CSS à la mutuelle, salaires trop précaires pour l'avance de frais, crainte d'une perte de revenu) et/ou à renforcer la précarité alimentaire (incompatibilité des dispositifs d'aide alimentaire avec les horaires de travail).

Les femmes se déclarent en moins bonne santé que les hommes, et présentent des besoins spécifiques en matière de santé

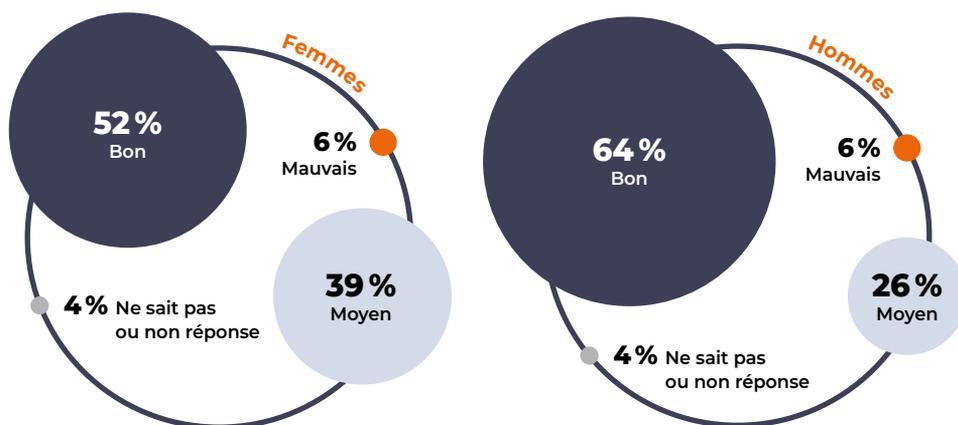
Les femmes représentent 47 % des répondants, elles sont donc sur-représentées dans l'enquête par rapport à leur présence réelle au sein des résidences sociales⁽¹⁰⁾.

Les hommes se déclarent plus souvent en bonne santé que les femmes et les femmes déclarent plus souvent un état de santé moyen. Il n'y a en revanche pas de différence dans la proportion de personnes se déclarant en mauvaise santé.

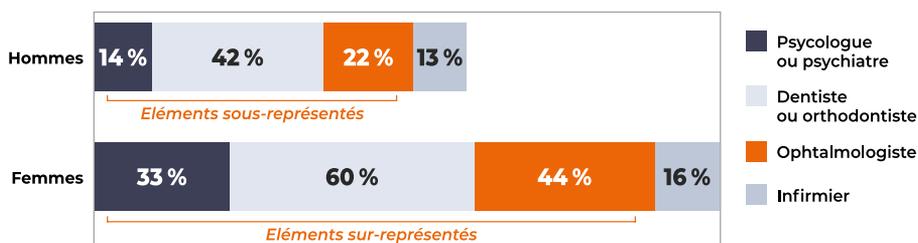
Les femmes consultent plus de spécialistes que les hommes, incluant les professionnels de santé mentale. Malgré cela, elles indiquent renoncer plus fréquemment aux soins que les hommes.

Enfin, les femmes présentent des scores plus élevés que les hommes sur les questions de stress/angoisse, fatigue/manque d'énergie, tristesse/déprime.

? Etat de santé perçu en fonction du genre

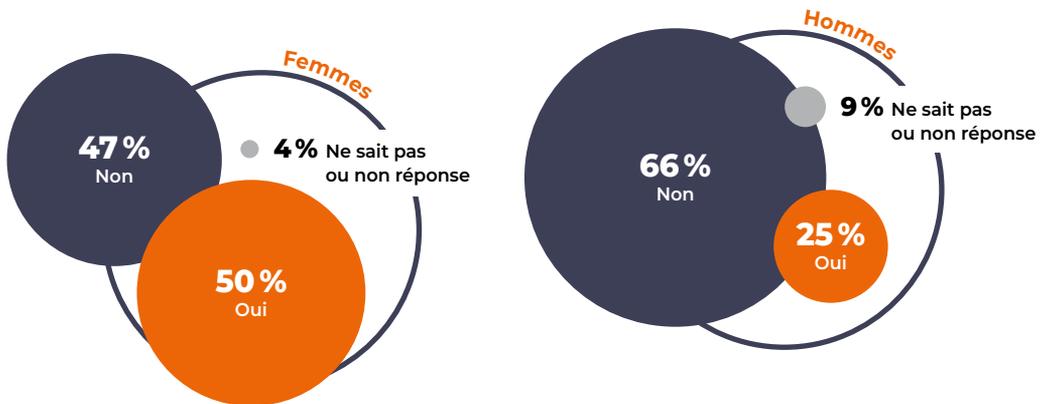


? Part des résidentes et résidents ayant consulté au cours des 5 dernières années



⁽¹⁰⁾ En 2023, seulement 33 % des entrées en résidence sociale (tous dispositifs confondus) étaient des femmes, selon l'étude sur les profils et parcours menée par l'Unaf.

❓ Au cours des 12 mois, vous est-il arrivé de renoncer à consulter un professionnel de santé alors que vous en aviez besoin ?



Une hypothèse peut expliquer ces différents constats : celle d'une différence de genre dans la conception de la santé. Il est possible que les femmes se préoccupent davantage de leur santé : sans être objectivement en moins bonne santé que les hommes, leur attention plus grande à ce sujet les rend plus alertes et plus susceptibles de ne pas choisir la réponse la plus positive. Ces résultats sont cohérents avec les observations en population générale en 2019.

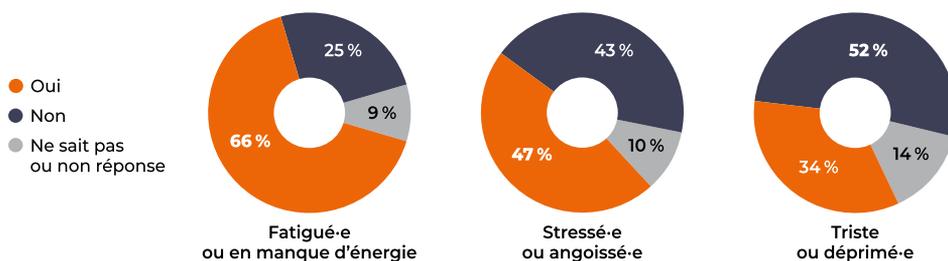
Les équipes ont par ailleurs identifié que les femmes rencontraient des besoins spécifiques, lesquels peuvent nécessiter des actions adaptées :

- > un manque de suivi gynécologique chez les jeunes femmes en résidence,
- > un impact des violences conjugales ou sexuelles, notamment sur leur santé mentale,
- > des enjeux de soutien à la parentalité, notamment pour les mères seules.

Les problématiques de santé mentale sont importantes chez les personnes interrogées, mais la prise en charge semble insuffisante

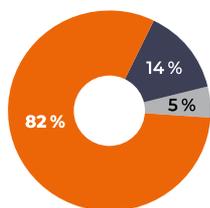
Les personnes en résidence présentent des scores élevés sur les questions de stress/angoisse, fatigue/manque d'énergie, tristesse/déprime. Ce taux est plus élevé chez les femmes que chez les hommes sur l'ensemble de l'échantillon.

❓ Est-ce que vous vous sentez ?...

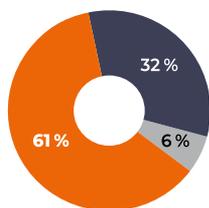


? Est-ce que vous vous sentez ?... (résultats filtrés par genre)

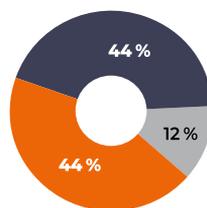
> Chez les femmes



Fatiguée
ou en manque d'énergie

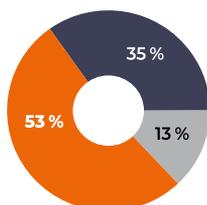


Stressée
ou angoissée

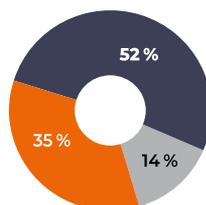


Triste
ou déprimée

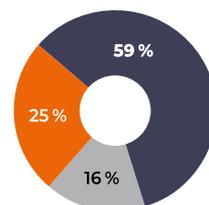
> Chez les hommes



Fatigué
ou en manque d'énergie



Stressé
ou angoissé



Triste
ou déprimé

● Oui ● Non ● Ne sait pas ou non réponse

Pourtant, seule une minorité des personnes déclarant un signe de mal-être a consulté un professionnel de santé mentale.

? Part des personnes ayant consulté un psychologue ou un psychiatre parmi les personnes ayant déclaré être...



Aux freins à l'accès aux soins de santé en général, s'ajoutent des freins spécifiques en matière de santé mentale, identifiés par les équipes des résidences :

- > les difficultés des équipes des résidences pour repérer les situations et la nécessité de tisser un lien de proximité et de confiance pour y parvenir,
- > les difficultés pour faire prendre conscience des troubles aux personnes concernées lorsque les situations sont repérées,
- > l'impact des représentations négatives de la santé mentale des personnes et des équipes,
- > l'inégale accessibilité de l'offre de soins en fonction des territoires.

Les professionnels partagent en outre, à leur niveau, un besoin important de formation (84% des répondants) et un manque de relais partenarial.

2. L'ACCÈS ET LE RECOURS AUX SOINS

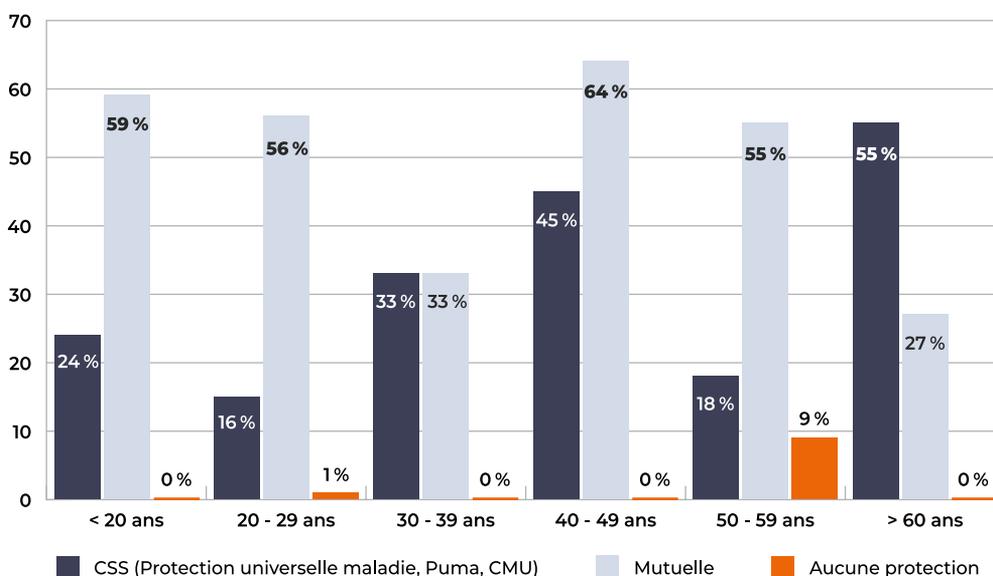
Les droits de santé sont ouverts, mais la couverture complémentaire des résidents peut être incomplète

Les personnes vivant en résidence ne présentent pas de problématique majeure en termes d'accès aux droits de santé : 90 % d'entre elles disposent d'une carte vitale, 75 % d'une mutuelle ou de la CSS^(m). 90 % ont consulté un médecin généraliste au cours des 5 dernières années.

Leur couverture complémentaire varie selon leurs profils, deux facteurs sont identifiables :

- > **L'emploi** : les personnes en emploi ont légèrement plus accès à une mutuelle que les autres.
- > **L'âge** : les différents groupes d'âge déclarent avoir majoritairement une mutuelle, à l'exception des personnes de plus de 60 ans (deux fois plus de CSS que de mutuelles) et les personnes de 30 à 39 ans (parité CSS/mutuelles). Les personnes non couvertes sont peu nombreuses et sont principalement âgées de 50 à 59 ans.

? Quel âge avez-vous ? + Avez-vous... (plusieurs réponses possibles) ?



^(m) La CSS est une couverture santé complémentaire financée par l'État prenant en charge le ticket modérateur et permettant de bénéficier du tiers payant intégral dans un parcours de soins coordonné. Dispositif remplaçant la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), elle est destinée aux personnes disposant de ressources modestes, afin de réduire au maximum le coût de leurs dépenses de santé. Selon les ressources annuelles des personnes, elle peut être gratuite ou demander une participation financière.

L'ouverture des droits de santé est facilitée par les actions individuelles et collectives proposées par les équipes accompagnantes, qui peuvent engager des bonnes pratiques partenariales et/ou un travail rapproché avec l'assurance maladie.

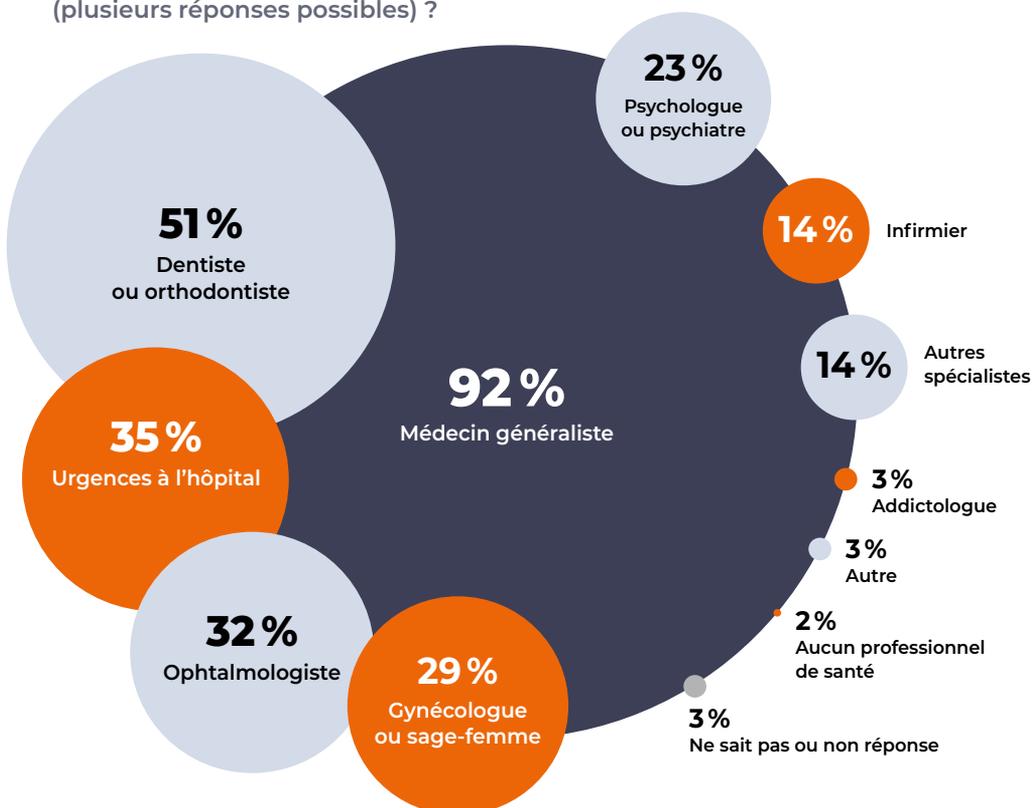
Certains gestionnaires disposent de liens privilégiés avec la CPAM, facilitant l'accès ou le renouvellement des droits. Par exemple, l'Alfi et la CPAM des Yvelines ont conventionné pour mobiliser la plateforme partenaires, permettant de faciliter la réalisation de diverses démarches, comme les demandes de complémentaire santé solidaire, le suivi des indemnités journalières, la prise de rendez-vous avec la sécurité sociale, etc.).

L'accès aux soins des résidents est effectif, mais inégal selon les types de soins ou professionnels de santé

L'existence d'une couverture maladie contribue à l'exercice des droits et à la fréquentation de professionnels de santé, qu'il s'agisse de médecine de ville ou hôpital, de médecins généralistes ou spécialistes.

Ainsi, 90 % des personnes déclarent avoir consulté un médecin généraliste au cours des 5 dernières années. La consultation de spécialistes est moins fréquente, notamment chez les hommes, ce qui est cohérent avec les données en population générale.

? Quels professionnels de santé avez-vous consultés au cours des 5 dernières années ? (plusieurs réponses possibles) ?



La situation est également différenciée en fonction des structures. Par exemple, aucune résidente ou résident de FTM n'a consulté de dentiste/orthodontiste au cours des 5 dernières années, et seulement 30 % en résidence sociale généraliste.

A titre de comparaison, les derniers chiffres disponibles (Insee, 2019 ⁽¹²⁾) indiquent qu'en population générale : 88 % des femmes et 80 % des hommes ont vu un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois, 53 % des femmes et 42 % des hommes, un médecin spécialiste, 60 % des femmes et 54 % des hommes, un dentiste ou un orthodontiste.

Le renoncement aux soins concerne plus d'un tiers des habitants des résidences sociales, tout particulièrement les femmes

37 % des personnes déclarent avoir renoncé à consulter un professionnel de santé alors qu'elles en avaient besoin. Ce taux est largement plus élevé qu'en population générale (4,4 %).

Les femmes déclarent plus fréquemment renoncer aux soins que les hommes, de même que les personnes en emploi ou formation. La situation d'emploi et l'avancée en âge ne semblent pas être des facteurs de non-recours aux soins. Les personnes en emploi connaîtraient mieux leurs droits et les personnes âgées seraient mieux couvertes.

Plusieurs facteurs du renoncement aux soins sont identifiés, qui peuvent être endogènes ou exogènes :

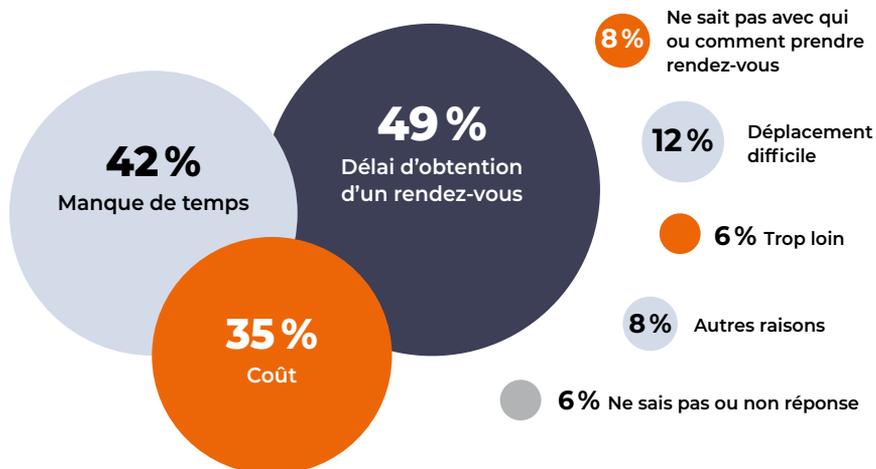
- > **L'organisation des soins**, et notamment le manque d'offre de soins de proximité, est un frein important identifié par les personnes (délais d'attente, manque de médecins traitants) comme par les équipes (éloignement, difficultés d'accès). Ce constat est néanmoins à nuancer en fonction des structures : le facteur principal de non-recours aux soins est le manque de temps pour les personnes logées en RSJA et pour les personnes logées en résidences accueil.
- > **Les freins économiques des personnes** contribuent largement au non-recours aux soins. Si les personnes en résidences sociales ont très majoritairement des droits ouverts, le coût trop important des soins constitue le premier motif de renoncement aux soins identifié par les équipes et le troisième par les personnes. Cela s'explique par une mauvaise connaissance du système de santé, mais cela concerne aussi des situations spécifiques : les personnes n'ayant ni mutuelle ni CSS, les personnes passant d'une CMU à une mutuelle, ou encore, les salariés précaires ne souhaitant pas avancer les soins.
- > **Leurs freins culturels, liés aux représentations**, sont un autre facteur de renoncement aux soins. Les équipes rencontrent ainsi des difficultés à accompagner les personnes en résidence vers le soin, ces dernières n'ayant pas toujours conscience du trouble (souffrance psychique, addictions) ou ne priorisant pas leur santé *a fortiori* les démarches préventives.

⁽¹²⁾ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047751?sommaire=6047805#consulter>

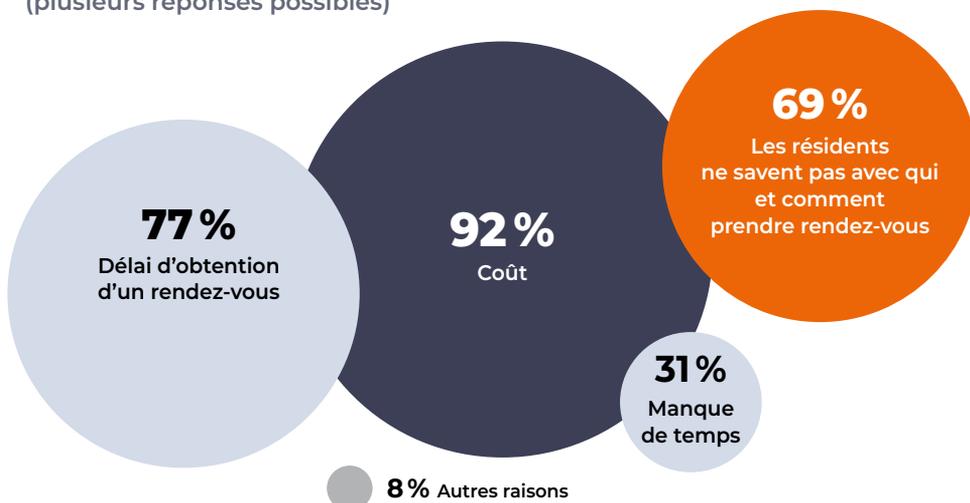
> **La compréhension imparfaite du système** contribue au renoncement aux soins. C'est notamment le cas pour le système de remboursement de soins, du fonctionnement des mutuelles, de la compréhension des ordonnances, de la méconnaissance des spécialistes, mais aussi des maladies professionnelles, accidents de travail ou arrêts maladies.

Les équipes perçoivent le renoncement aux soins davantage au prisme des contraintes propres aux personnes (coût et manque d'informations sur leurs droits). Elles soulignent aussi leurs difficultés pour faire venir des personnels soignants dans les résidences (notamment des infirmières diplômées d'Etat), assurer un suivi et déplorent un manque d'informations et d'outils pour faire face à certaines problématiques, tout particulièrement la perte d'autonomie et la santé mentale.

? Raisons du renoncement aux soins avancées par les résidents (plusieurs réponses possibles)



? Raisons du renoncement aux soins selon les intervenants (plusieurs réponses possibles)



Un cumul de facteurs de risques liés aux modes de vie est observable chez les résidents

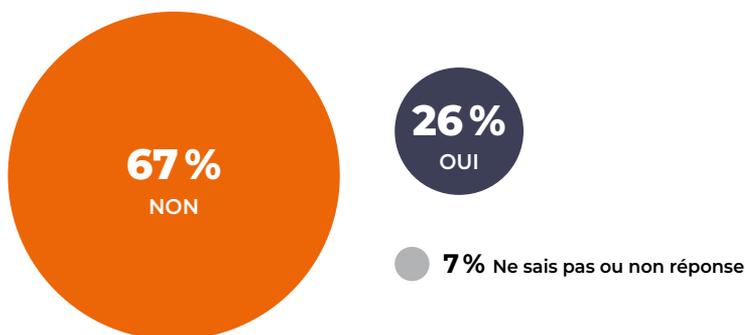
1. L'insécurité alimentaire apparaît comme une problématique importante

Une part non négligeable de personnes présente une situation d'insécurité alimentaire : 18% déclarent sauter des repas (à noter que cette part est nulle en FTM), les motifs invoqués étant le manque de motivation, de temps et les freins financiers.

Toutes les catégories de population semblent concernées par l'insécurité alimentaire à l'exception des personnes retraitées. Au sein de l'échantillon, sont particulièrement concernées les personnes déclarant toucher les allocations familiales (familles avec enfants), suivies par les personnes bénéficiant de l'AAH. Les salariés ne sont pas totalement protégés contre l'insécurité alimentaire (19% des personnes touchant un salaire ne mangent pas toujours ou jamais à leur faim), ces derniers accédant moins aux distributions alimentaires, souvent incompatibles avec des horaires de travail.

Seule une minorité des personnes en situation d'insécurité alimentaire sollicitent l'aide alimentaire : parmi les personnes ne mangeant pas toujours ou jamais à leur faim, 67% des personnes ont déclaré ne pas être allées dans un lieu de distribution de nourriture.

? Si vous sautez des repas ou n'avez jamais assez de nourriture, êtes-vous déjà allé-e dans une épicerie sociale, dans les banques alimentaires ou autres distributions de nourriture ?



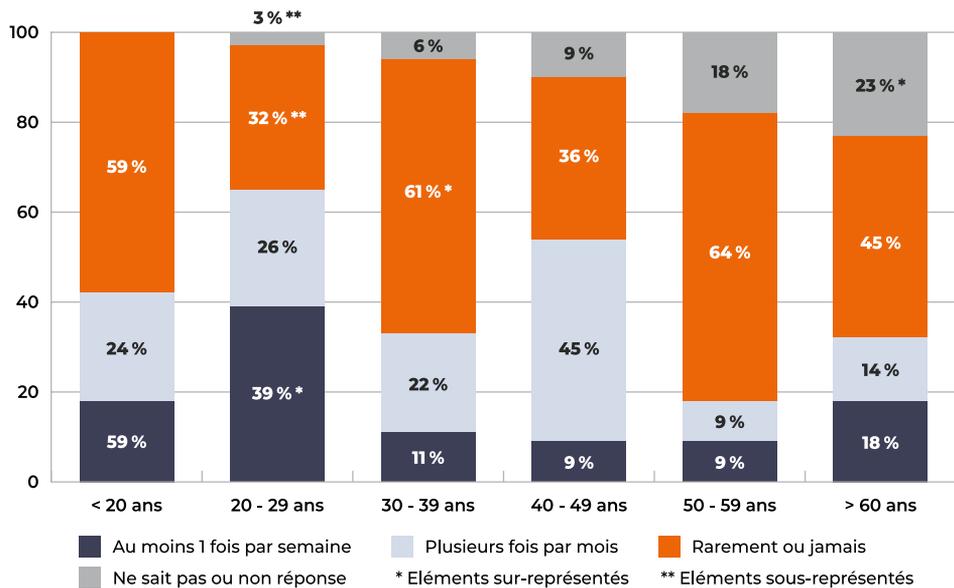
Des projets ont été mis en place par les résidences : intervention de diététiciennes, livraison d'invendus, repas partagés, recettes participatives... Pourtant, l'impact des ateliers cuisines avec des diététiciennes peut être limité, les personnes en résidence ne reproduisant pas les conseils donnés.

2. Plus d'un tiers des personnes interrogées ne pratique aucune activité physique ou sportive

39% des personnes ne pratiquent aucune activité physique ou sportive. Ce taux est particulièrement élevé en résidence sociale généraliste (60%), FTM (64%) et résidences accueil (53%), ainsi que chez les femmes (57%).

L'âge a un impact sur la pratique sportive, les jeunes de moins de 30 ans déclarant faire davantage de sport. Néanmoins, la part de 30-39 ans déclarant ne pas faire de sport est plus élevée que chez les personnes plus âgées. Le plus fort taux d'emploi des 30-39 ans par rapport aux tranches supérieures pourrait expliquer en partie ce résultat (67 % des 30-39 ans étant en emploi contre 18 % des 40-49 ans).

? Quel âge avez-vous ? + A quelle fréquence pratiquez-vous une activité physique ou sportive (cours à pied, vélo, sport en salle, piscine, cours de sport, etc.) ?



Les activités collectives organisées par les résidences contribuent souvent à la pratique sportive et semblent être plébiscitées par les résidentes et résidents.

3. Les consommations addictives sont peu déclarées par les résidents eux-mêmes, contrairement aux perceptions des équipes

71% des répondants ont déclaré ne consommer ni tabac, ni alcool, ni drogues. Le tabac est la principale consommation addictive (14%), suivie par l'alcool (13%) et le cannabis (2%). Ces faibles niveaux de réponse contrastent avec les perceptions des équipes. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer celles-ci : biais dans la constitution de l'échantillon ; autocensure dans la réponse, notamment en cas de présence des équipes au cours de la saison ; surestimation des consommations par les équipes.

Les personnes en résidence ayant déclaré le plus de consommations addictives sont logées en pensions de famille (39% de consommation de tabac pour une moyenne de 14% toutes structures confondues, 29% d'alcool pour une moyenne de 13% toutes structures confondues).

16% des personnes en résidence sociale déclarant une consommation considèrent que leur(s) consommation(s) a (ont) des conséquences négatives sur leur santé.

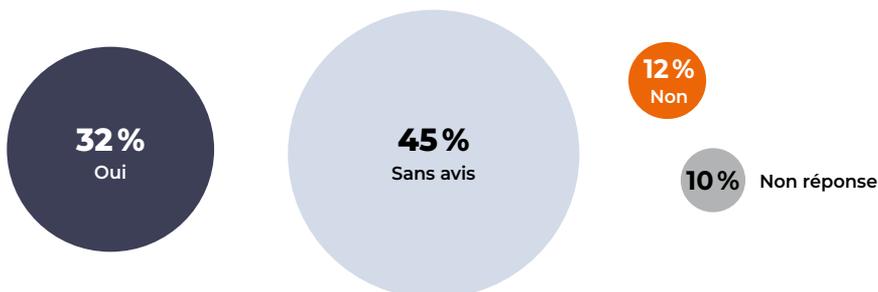
Les équipes identifient un besoin important d'outils sur ces sujets. Elles rapportent notamment des difficultés pour amener les personnes vers les structures spécialisées, y compris lorsque les personnes ont conscience de leur situation.

Le logement accompagné est-il un facteur de santé pour ses habitants ?

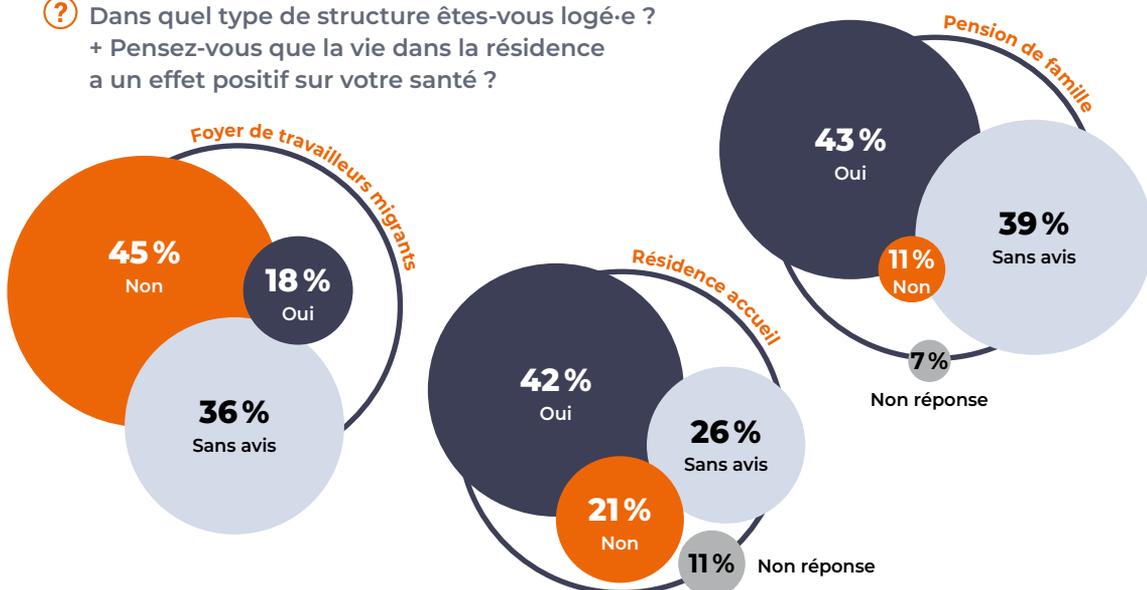
1. Les effets positifs de la vie en résidence ne sont pas toujours perçus ou valorisés par les résidents

La majorité des personnes ne se prononcent pas sur l'impact de la résidence sur leur santé, mais certains groupes ont une réponse plus prononcée que la moyenne des résidences : les personnes en résidences accueil et en pensions de famille (effet positif) et celles en FTM (effet négatif).

❓ Pensez-vous que la vie dans la résidence a un effet positif sur votre santé ?



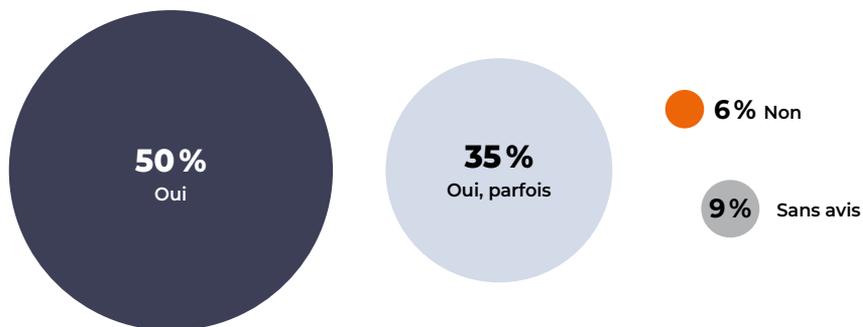
❓ Dans quel type de structure êtes-vous logé-e ?
+ Pensez-vous que la vie dans la résidence a un effet positif sur votre santé ?



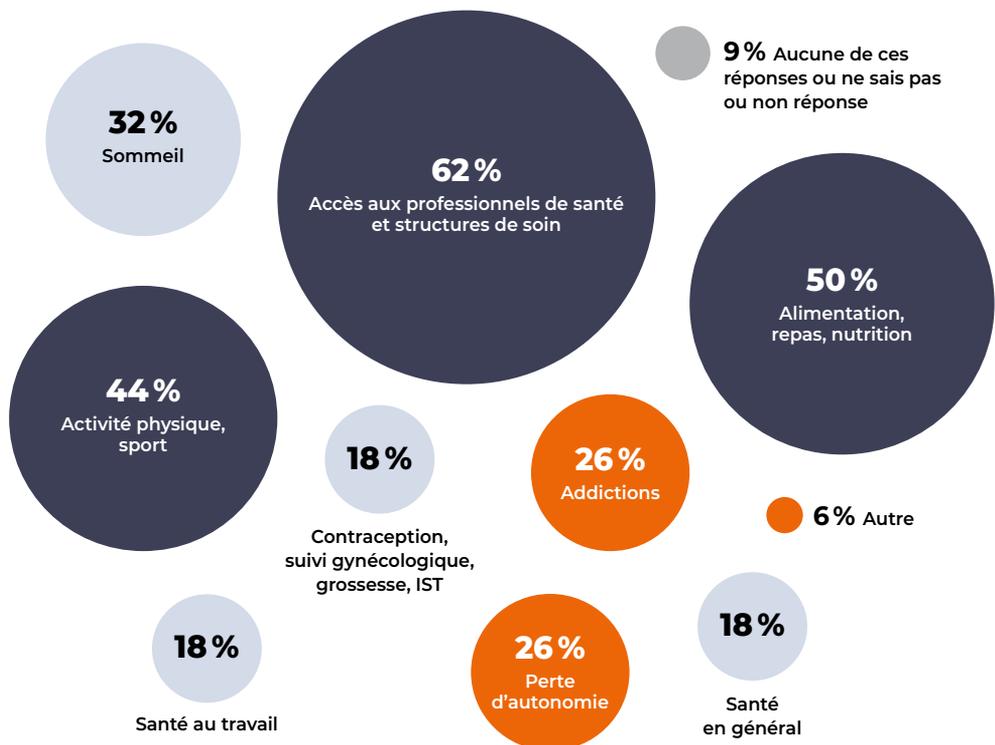
Elles avancent des raisons diverses pour expliquer les effets positifs de la résidence sociale : accès à un logement abordable et stabilité du parcours résidentiel, accompagnement social, lien social et solidarité... A l'inverse, certains effets négatifs sont soulevés : mauvaise qualité du bâti et présence de nuisibles (notamment en FTM), logement inadapté, difficultés de vivre en collectif.

Les équipes affirment plus fréquemment que les personnes, les effets positifs de la vie en résidence.

? Pensez-vous que la vie dans la résidence peut avoir un effet positif sur la santé des résidents ?



? Sur quels domaines pensez-vous que la vie en résidence puisse avoir un effet positif sur la santé des résidents ?



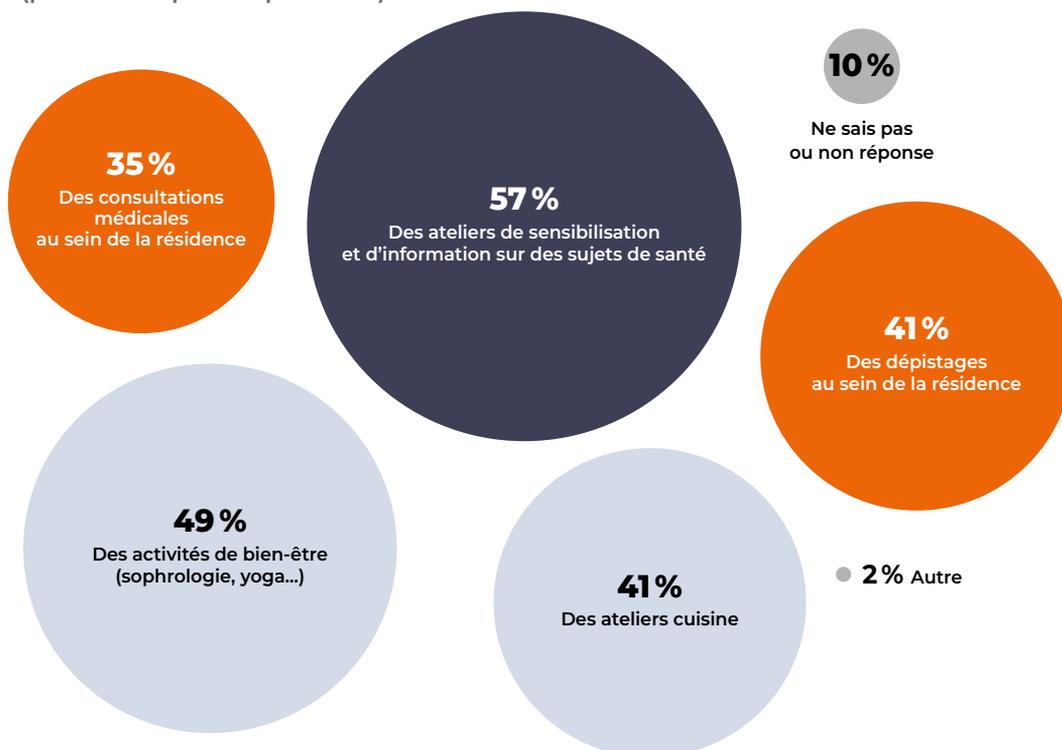
Elles évoquent notamment le suivi social qui y est proposé et les aspects liés au bâti (ex : équipement de cuisine). Elles pensent aussi majoritairement que la vie en résidence peut avoir un effet positif sur la santé des personnes en termes d'accès aux professionnels de santé et structures de soin (62%), à l'alimentation (50%) et à l'activité sportive (44%).

Pourtant, les équipes sont, à ce jour, peu identifiées par les résidentes et résidents comme des interlocutrices sur les questions relatives à la santé (seules 10% des personnes indiquent se tourner vers l'équipe en cas de questions sur la santé).

Malgré cela, les résidentes et résidents sont en demande de conseils et d'actions collectives sur certains sujets de santé, notamment ceux ayant trait aux modes de vie.

Plusieurs formes d'actions collectives sur le thème de la santé suscitent leur intérêt, témoignant de leur appropriation des enjeux de santé. C'est tout particulièrement le cas des ateliers de sensibilisation et d'information, des activités de bien-être et des consultations ou dépistages au sein de la résidence.

? Quelles actions collectives voudriez-vous que la résidence organise ?
(plusieurs réponses possibles)



En cohérence avec les résultats précédents, les femmes relèvent plus souvent un besoin d'information sur l'accès aux professionnels de santé et aux structures de soin que les hommes (29% des femmes contre 14% des hommes). Seule une minorité de personnes ayant besoin d'informations sur ce sujet considère que cette information ne relève pas du rôle des résidences.

2. De nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé sont proposées dans les résidences sociales

La majorité des actions décrites par les structures relèvent d'une démarche de médiation en santé, chacune s'inscrivant dans au moins l'un des quatre champs d'action de la médiation en santé, tel que décrit dans le référentiel sur la médiation en santé de la HAS ⁽¹³⁾ :

- > **Recréer la rencontre avec les populations concernées** (incluant un aller-vers les publics concernés et une présence active de proximité).
- > **Faciliter la coordination du parcours de santé** (ouverture des droits en santé, information et orientation, favoriser les relations entre les publics et les professionnels de santé).
- > **Favoriser des actions collectives de promotion de la santé** (mobilisation des acteurs de promotion de la santé tels que PMI, ateliers santé ville, associations partenaires...).
- > **Participer aux actions structurantes au projet** (dont développement de partenariats et participation à des réseaux).

Les projets ne sont pas décrits par les équipes des résidences sociales comme des actions de médiation en santé, ces dernières étant majoritairement analysées sous un angle opérationnel. Cette approche pragmatique peut s'expliquer par le fait que ces actions ne sont pas menées dans le cadre d'un dispositif structuré avec médiateur en santé dédié, mais sont menées au même titre que des actions sur d'autres thématiques.

Pourtant, les objectifs, les méthodes, ainsi que la diversité partenariale témoignent d'une démarche de médiation en santé. Les équipes rencontrées ont ainsi décrit des actions menées associant les professionnels de santé (CMP, SSIAD, points écoute, CeGDD, centres de santé...), des acteurs de promotion santé (associations spécialisées type CSAPA, AIDES, associations de promotion de la santé, Ateliers Santé Ville...), les réseaux d'accès aux droits (CPAM, CARSAT...), ou encore les acteurs de l'accompagnement pour la vie quotidienne (SAMSAH, SAVS, aides à domicile...).

Ces actions concernent un champ large de thématiques de santé : ouverture des droits en santé, santé mentale, addiction, précarité alimentaire, vieillissement et perte d'autonomie, pratique sportive. Des sujets ont plus récemment émergé avec la diversification des publics (par exemple, la parentalité), d'autres préexistaient et ont pris de l'ampleur (par exemple, la perte d'autonomie).

⁽¹³⁾ Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins*, octobre 2017, HAS

FOCUS

Un impact qui reste à objectiver entre des initiatives ponctuelles et des actions qui visent à inscrire les personnes dans un parcours de soin

Les actions régulières et pérennes contribuent à la création de liens de confiance avec les personnes en résidence et à la lutte contre le renoncement aux soins. Elles permettent aussi de développer des relations partenariales dans la durée. Elles peuvent ainsi s'inscrire dans un parcours de soin, en cohérence avec le parcours de vie des personnes.

Plutôt que de proposer une addition d'actes successifs, elles favorisent alors une approche plus individualisée, prenant mieux en compte les aspirations de la personne, ses ressources et ses capacités, ainsi que les aides et accompagnements mobilisables.

Au contraire, les actions de prévention et de promotion santé ponctuelles peuvent être très fréquentées, mais ne pas s'inscrire dans une logique de parcours de soin.

L'absence de suivi ex/post pour en évaluer les suites dans le parcours de santé des bénéficiaires donne peu de visibilité sur l'efficacité de ce type d'actions. Par exemple, les suites des forums actions mentionnés par les équipes des résidences sont souvent limitées, sauf bonne pratique ponctuelle (par exemple, mise à disposition de personnel pour la prise de rendez-vous à la suite de l'événement).

3. Les équipes formulent des besoins en matière d'outillage et de formation

Les équipes affirment manquer de ressources et d'outils pour intervenir en matière de santé malgré la multitude de partenariats et d'initiatives menées dans les résidences sociales.

Leurs interventions, même lorsqu'elles sont limitées à la prise de rendez-vous ou à l'orientation vers une structure de santé, nécessitent qu'un lien de confiance ait été tissé ce qui n'est pas toujours possible (équipes peu disponibles, offre de soins de santé limitée, absence de priorisation de la santé par les personnes ...).

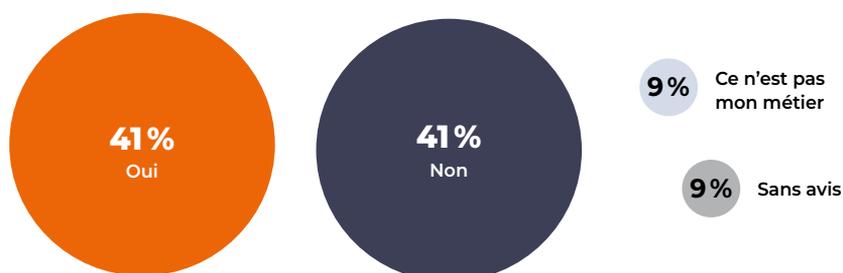
Outre leurs interrogations sur leur légitimité à intervenir sur la santé, elles ne se sentent pas toujours outillées pour faire face aux problématiques de santé des personnes en résidences.

Ce manque d'outillage est particulièrement criant sur les questions d'addiction, et existe également dans une moindre mesure pour la prise en charge de la perte d'autonomie et du handicap. La problématique de la santé mentale apparaît en outre comme un sujet très fréquemment abordé dans les entretiens qualitatifs avec les structures, et pour lequel plusieurs formations ont été déployées auprès des équipes en demande.

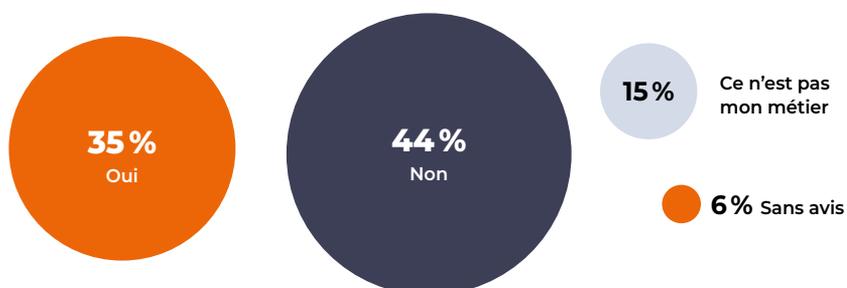
A noter qu'une proportion non-négligeable des personnes ayant répondu indiquent que ces thèmes ne font pas partie de leur rôle d'intervenants sociaux.

Les besoins qu'ils identifient sont majoritairement tournés vers la formation (75%), le manque de relais intégrant les partenariats et des relais au sein de l'équipe (60%) et un manque de temps (27%).

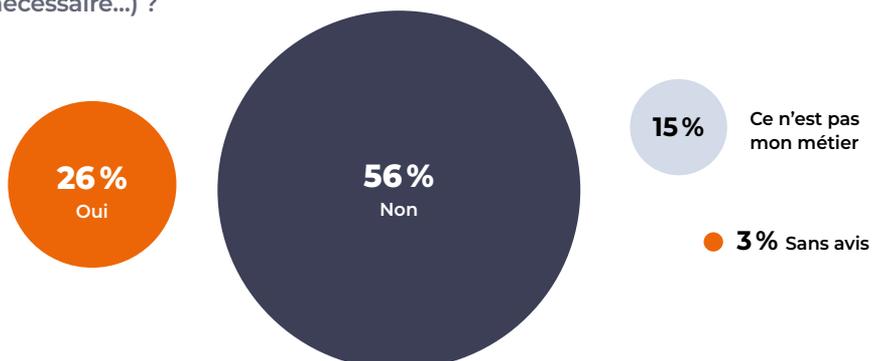
? Vous sentez-vous outillé pour accompagner des personnes en situation de handicap ou atteintes d'une maladie chronique (faire prendre conscience, échanger sur les difficultés, présenter les dispositifs relais existants, accompagner dans des services si nécessaire...) ?



? Vous sentez-vous outillé pour accompagner un public en perte d'autonomie (faire prendre conscience, échanger sur les difficultés, présenter les dispositifs relais existants, accompagner dans des services si nécessaire...) ?



? Vous sentez-vous outillé pour accompagner les personnes avec une ou plusieurs consommations addictives (faire prendre conscience, échanger sur les difficultés, présenter les dispositifs relais existants, accompagner dans des services si nécessaire...) ?



4. Les actions de prévention et de promotion de la santé menées sont fragiles et les financements peu identifiés

Les actions mises en place sont le plus souvent financées par les organismes gestionnaires sur leur budget de fonctionnement de la résidence (ligne spécifique pour les actions collectives, plan de formation...).

Elles peuvent aussi l'être par les structures extérieures intervenantes (mobilisation de bénévoles, financement public ou autre des associations partenaires intervenantes).

D'autres modalités de financement existent :

- > **Des projets spécifiques financés**, comme le projet *Bien vieillir en résidence sociale* déployé par Adef Habitat, Coallia et ADOMA (CNAV et conférence de financeurs).
- > **Les étudiants, via des conventions de stages**, peuvent faciliter des interventions gratuites dans les résidences sociales (par exemple, actions de prévention d'étudiants en dentaire ou en médecine).

Peu d'actions sont financées par appels à projets directement d'un partenaire institutionnel (exemples de l'intervention d'une nutritionniste intervenant pour l'Alfi, suite à un appel à projet de la DRIHL ; appel à projet *Mieux vieillir dans les résidences sociales* de l'ARS IDF).

L'Agence régionale de santé Île-de-France finance certaines actions soit spécifiquement pour la résidence sociale (par exemple, psychologue pour des permanences dans une résidence ALJT), soit dans le cadre d'un dispositif de droit commun mobilisé spécifiquement dans les résidences (par exemple, intervention d'équipes mobiles).

Ces financements sont fragiles, peuvent être aléatoires, peuvent mettre en difficultés des partenariats ou actions existants et/ou créer des situations de dépendance de l'association gestionnaire.

INITIATIVES INSPIRANTES



FICHES PRATIQUES

Les objectifs de l'étude des initiatives sont les suivants :

- > **repérer les actions déjà mises en œuvre** par les adhérents qui répondent aux besoins identifiés dans le cadre de l'enquête,
- > **documenter ces actions** et recueillir les premiers éléments de bilans, de manière à diffuser la connaissance et outiller les autres adhérents,
- > **promouvoir l'interconnaissance** et le partage au sein des adhérents franciliens,
- > **appuyer une éventuelle démarche de plaidoyer** pour appuyer la recherche de financements pour des actions de promotion de la santé en logement accompagné.

Les actions proposées en résidences sociales concernent des thématiques diverses :

le logement, l'insertion, la citoyenneté, la parentalité, la vie sociale, ou encore la santé. Face à la multitude de thématiques incluses dans l'accompagnement social global, **on observe une possible concurrence entre les différentes actions menées**. Les équipes ont ainsi peu de temps disponible pour l'accompagnement social ou pour mettre en place des actions spécifiques et les résidents sont potentiellement très sollicités (par exemple, en pensions de famille) ou peu disponibles (personnes en emploi).

Au prisme de ces contraintes, la question se pose de savoir la place que peuvent occuper les actions de prévention et de promotion de la santé. En pratique, les équipes peuvent rencontrer des difficultés pour estimer quels sujets sont prioritaires et s'assurer que les ressources sont effectivement allouées à des sujets importants et impactants. La qualification des besoins est rendue plus difficile par l'absence de suivi de l'impact des actions menées et/ou d'évaluation *a posteriori* et par l'absence de personne dédiée au sujet de la santé.

Fiches pratiques pour la présentation des initiatives repérées

L'étude a permis de mettre en exergue la mise en œuvre de plusieurs pratiques, dont certaines concernent des types actions, d'autres des outils ou encore des thématiques spécifiques.

- > Les événements de prévention et de promotion de la santé
- > Les actions de médiation en santé
- > Les pairs-aidants
- > La formation professionnelle des équipes des résidences
- > Les actions de promotion de la santé des femmes



INITIATIVE 1 : ÉVÉNEMENTS DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Contexte

Les événements de prévention et de promotion de la santé sont les actions les plus fréquemment déployées au sein des résidences sociales.

85% des intervenants sociaux ayant répondu au questionnaire témoignent de l'organisation d'actions collectives sur des questions de santé au sein de leur structure, dont la majeure partie sont des ateliers de sensibilisation, d'information et des dépistages.

De leur côté, les résidents et résidentes sont en demande de conseils et d'actions collectives sur certains sujets de santé, notamment ceux ayant trait aux modes de vie (alimentation, activité physique, sommeil, etc.). 57% des répondants souhaiteraient bénéficier d'ateliers de sensibilisation et d'information au sein de leur résidence, 41% de dépistages.

Description de l'action

Les objectifs poursuivis par les événements de prévention et de promotion sont pluriels et complémentaires :

- > **Informé, sensibiliser, activer une prise de conscience** vis-à-vis d'enjeux spécifiques de prévention ou de soin.
- > **Lever les freins liés à des représentations erronées** (réalité des tarifs pratiqués par les dentistes par exemple) ou des mauvaises expériences passées.
- > **Faciliter le recours** en supprimant les frais ou les démarches, en allant-vers les résidents et résidentes.

Les événements prennent des formes plus ou moins structurées en fonction de leur ampleur : stand d'information, réunion collective (éventuellement autour d'une collation, petit déjeuner ou goûter), dépistage, forum réunissant plusieurs intervenants. Le hall d'entrée de la résidence, mais aussi la salle commune et certains bureaux, peuvent être mobilisés pour l'occasion.

Les événements peuvent porter sur la promotion de la santé en général ou être thématiques en fonction des besoins identifiés par l'équipe de la résidence. L'accompagnement individuel, le conseil de concertation ou des résidents, ou encore des enquêtes *ad hoc* sont mobilisables pour assurer le recueil des attentes des résidents et résidentes.

Illustrations

- > **En 2023, Alfi a demandé à ses 30 résidences en Île-de-France de mener au moins une action collective sur le thème de la santé.** A l'échelle de chaque structure, l'équipe sociale, appuyée par le ou la responsable de résidence, est encouragée à monter un projet répondant aux besoins et attentes des habitants. Sélection d'exemples inspirants :
 - **Prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) avec l'association Aides ou le CRIPS IDF** (centre régional d'information et de prévention du sida et pour la santé des jeunes) : information et sensibilisation, entretiens individuels, dépistage (test de dépistage rapide).
 - **Prévention dentaire avec des étudiant.es en 3^e année d'études dentaires** : rappel des règles de base en prévention bucco-dentaire, présentation des lieux où se soigner en sécurité et à un coût raisonnable, information sur la prise en charge et notamment la complémentaire santé solidaire (CSS), distribution de kits brosse à dents / dentifrice.
 - **Partenariat avec le Dispositif d'appui à la coordination (DAC) par l'ALJT** dans le département des Hauts-de-Seine, dans le cadre du forum santé organisé annuellement.
 - **Proposition de bilans de santé avec un centre conventionné avec la CPAM (IPC dans le 91)** : sensibilisation à la prévention santé, orientation vers un examen de prévention en santé (dispositif CPAM gratuit, destiné en priorité aux personnes éloignées du système de santé et en situation de précarité, qui ne bénéficient pas d'un suivi médical régulier par un médecin traitant, et aux personnes qui recourent moins aux dispositifs de prévention)
 - **Sensibilisation à la vaccination avec l'équipe mobile santé précarité des Yvelines (EMSP 78)** : atelier d'une heure sur la vaccination des résidents (information sur le fonctionnement de la vaccination, le fonctionnement du système immunitaire, les pathologies et les possibles effets secondaires de la vaccination).
 - **Lutte contre la précarité menstruelle avec l'association Règles élémentaires** (cf. fiche #5)
 - **Liens avec la CPAM des Yvelines** : une convention a été signée afin d'accéder à la plateforme partenaires en ligne (réalisation de démarches directes, type ouverture de CSS, prise de rendez-vous à la CPAM, demande d'attestation de droits...). Un travail est aussi en cours avec le service prévention pour l'organisation d'un *escape game* sur la santé.

> **Les équipes sociales des foyers de jeunes travailleurs de l'ALJT sont autonomes pour l'organisation d'actions collectives sur le thème de leur choix.** Au FJT de Chaville, un forum santé est ainsi organisé chaque année au mois de novembre. Avec une programmation chaque fois différente, l'événement accueille des ateliers thématiques sur inscription (par exemple : remise en forme, nutrition, sophrologie, relaxation, initiation au sport) et des stands en libre accès dans le hall (par exemple : examen de prévention de santé, dépistage IST, prévention bucco-dentaire).

D'autres temps forts de prévention et de promotion de la santé rythment l'année : *Octobre rose* (prévention du cancer du sein, également occasion d'aborder la santé sexuelle et reproductive, l'endométriose, la précarité menstruelle), *Movember* (promotion de la santé des hommes), semaine de vaccination. Un travail est mené avec le DAC 92.

> **Adef Habitat a initié un projet sur la santé en partenariat avec la Fondation Léonie Chaptal, la Ligue contre le cancer et un centre régional de coordination des dépistages des cancers (CRCDC),** permettant une intervention dans les résidences du Val d'Oise sur la prévention du cancer colorectal chaque semestre. La Fondation met en œuvre des ateliers en parallèle.

Le gestionnaire mène en outre des forums santé annuels incluant des actions de dépistage des maladies et infections sexuellement transmissibles, des informations sur la prévention du cancer, la contraception, une prise en charge du diabète, de l'hypertension et des enjeux alimentaires (par exemple, calcul d'IMC et conseils alimentaires). Les étudiants en école d'infirmier sont associés.

> **Adef Habitat, Coallia et Adoma bénéficient d'un dispositif de *Check-up santé* avec la Mutualité française,** financé dans le cadre du projet *Bien vieillir en résidence sociale* (cf. fiche 2). Dédié aux résidents de plus de 55 ans, il permet d'accéder à plusieurs types de dépistages : vue, audition et hypertension artérielle.

Point de vigilance concernant les consultations médicales : les résidences sociales ne sont pas autorisées à faire venir des médecins pour des consultations sur site car cela est considéré comme une forme de concurrence vis-à-vis des médecins des alentours. En revanche, il est possible de faire venir des professionnels pour poser un diagnostic (sans soins), faire un bilan (audition, vue, hypertension, dentaire), organiser un dépistage et proposer ensuite une orientation.

Partenaires mobilisables

- > Associations spécialisées sur la prévention santé
- > Centres d'examen de prévention en santé conventionnés CPAM
- > Etudiant et étudiantes des différentes filières de soin
- > ARS
- > CPAM
- > Dispositif d'appui à la coordination

Coût et modalités de financement

Plusieurs modèles sont repérables :

- > Interventions de bénévoles ou d'associations financées par ailleurs.
- > Mobilisation de dispositifs de droit commun (ex. le DAC 92 soutient le forum à Chaville en finançant l'intervention de certains partenaires).
- > Intervention d'étudiants *via* une convention de stage (actions de prévention requises dans le cadre de leur cursus).
- > Interventions payantes (par exemple : sécurité routière).
- > Financement par un partenaire institutionnel, réponse à un appel à projets.
- > Financements sur fonds propres.

Impact pour les équipes et les résidents

Ces actions ne font que peu ou pas l'objet d'évaluation, hormis un suivi quantitatif des inscriptions ou des passages sur les stands, et d'éventuels questionnaires de satisfaction.

La mobilisation des résidents et résidentes est une condition de réussite de ces événements. De multiples canaux sont utilisés pour les faire connaître : réseaux sociaux, emailing, affichage, information orale diffusée par les équipes, etc. Pour les personnes en emploi ou en formation, qui sont indisponibles sur les plages d'intervention des équipes, certaines structures organisent des actions en soirée et prévoient une récupération des heures par les professionnels.

Le principal enjeu de ces événements est de permettre d'engager un parcours de soin au-delà de la sensibilisation ou du dépistage. On constate toutefois que les effets des actions peuvent être limités par le manque de professionnels de santé sur le territoire pour prendre le relais sur l'accès aux soins.

Sources

- > Entretien avec **Nassima Boudrai**, responsable ingénierie sociale, Adef Habitat.
- > Entretien avec **Amélie Gire**, directrice adjointe du pôle Accompagnement social, Alfi.
- > Entretiens avec **Sandrine Haetty**, chargée de mission Ingénierie sociale et **Jessica Steunou**, chargée d'Animations collectives et d'Accompagnement social au FJT de Chaville (92), ALJT.



INITIATIVE 2 : LES ACTIONS DE MÉDIATION EN SANTÉ

Contexte

De manière générale, les ressources disponibles pour l'accompagnement social en résidence sociale sont très limitées (en moyenne 2,5 ETP totaux pour 100 logements, dont 13% dédiés à la gestion locative sociale et 9% à l'accompagnement social ⁽¹⁵⁾).

Pour les résidents confrontés à une perte d'autonomie liée au vieillissement, les besoins d'accompagnement sont pourtant croissants, qu'il s'agisse d'une perte de mobilité (adaptation du logement), d'un besoin d'aide pour les actes du quotidien (aide ou soin à domicile) ou d'une perte d'autonomie cognitive ayant un impact sur la gestion administrative et financière face à des démarches toujours plus dématérialisées.

Pour les résidents confrontés à des problématiques de santé mentale ou des problématiques de santé complexes, les professionnels, en tant que gestionnaires avec une équipe parfois peu étoffée, interviennent souvent en gestion de crise (appel des urgences). Le retour à domicile de la personne après les urgences ne signifie pas toujours une prise en charge adaptée, alors même que les professionnels de santé relèvent un besoin de prise en compte de la situation globale de santé des résidents.

Dans ce type de cas de figure, une médiation en santé spécifique apparaît adaptée aux besoins des personnes.

Description de l'action

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la médiation en santé désigne « la fonction d'interface assurée en proximité pour faciliter, d'une part, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assuré auprès des publics les plus vulnérables ; d'autre part, la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé ». Le ou la médiatrice en santé intervient donc auprès de publics vulnérables, éloignés des systèmes de préventions et de soin, pour faciliter leur intégration vers un parcours de soin et vers le droit commun.

⁽¹⁵⁾ https://www.unafo.org/app/uploads/2023/07/Modele-Economique-des-residences-sociales-Webinaire-21_06_2023vf.pdf

La médiation en santé peut être exercée en amont de la filière de soins (promotion de la santé globale, intégrant actions de repérage, dépistage et diagnostic) ou au sein de la filière de soin (ouverture des droits et garantie de l'effectivité des soins par l'accompagnement physique, l'intermédiation et la prise en compte de la personne)⁽¹⁶⁾.

La médiation en santé peut se faire en direction des institutions intervenant dans le parcours de soins des populations ou à destination d'un public éloigné qu'il soit restreint (par exemple, les publics vieillissants dans le cadre du projet *Bien vieillir en résidence sociale*) ou plus large (l'ensemble des résidents). Elle s'adresse à des publics en situation de vulnérabilité pour des motifs variés qu'ils soient endogènes (précarité, crainte de la stigmatisation, handicap, etc.) ou exogènes (complexité du système de soins, difficultés et délais d'accès aux structures de droit commun, etc.).

Illustrations

> **Le plan Proximité autonomie de l'avancée en âge (2P3A), ou *Bien Vieillir en résidence sociale*** est né d'une volonté conjointe de l'Assurance maladie et de l'Assurance retraite de proposer une offre globale d'accompagnement en faveur des personnes âgées en situation de fragilité (55 ans et plus) vivant en foyer de travailleurs migrants ou en résidence sociale. Il est mis en place dans plusieurs établissements avec des partenaires institutionnels (CRAMIF, PRIF, ARS, CNAV, CNSA, département), en 3 phases (diagnostic, actions collectives, aller-vers). L'objectif est de développer une offre de services pour le public cible, dans une logique de prévention santé/social.

- Adoma a fait le choix de mobiliser des médiateurs externes, *via* la Ligue de l'enseignement pour mener des permanences individuelles sur l'accès aux droits et la santé et des actions collectives sur des thématiques diverses (nutrition, maintien à domicile, prévention des chutes, sommeil, mémoire...).
- Adef Habitat et Coallia ont privilégié le recrutement de médiateurs internes.

> **Des médiations en santé sous des formats divers**

- Un médiateur social avec une casquette « santé » renforcée : en plus de l'intervention d'un médiateur en santé pair *via* Alfapsy dans le cadre d'un projet financé par l'ARS Île-de-France (voir initiative 3, les pairs-aidants), Adef Habitat est soutenu dans le cadre de sa stratégie d'action sociale sur la santé afin que les médiateurs sociaux d'une partie de leurs résidences proposent un volet renforcé sur l'accès à la santé, intégrant un suivi individuel (orientations et lien avec les structures de droit commun) et des actions collectives en santé (information, prévention, accès aux droits, inclusion numérique et création de partenariats locaux).
- Adoma propose dans certaines de ses résidences un « Point écoute psy » (PEPsy) financé par l'ARS Île-de-France, afin d'aller-vers les résidents en souffrance, de susciter une prise de parole et d'apporter une première réponse au mal-être. Sous une forme à la fois individuelle (permanences et rendez-vous ponctuels) et collective

⁽¹⁶⁾ Rapport IGAS, *La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider*, juillet 2023

(groupes de parole), l'action permet notamment au personnel des résidences d'identifier les personnes en souffrance et de les soutenir ultérieurement dans leur orientation vers le droit commun.

Point de vigilance pour toutes ces actions : le lien avec le droit commun. Quel relais imaginer dès lors que ces projets sont créés à partir de financements spécifiques et ponctuels ?

Partenaires mobilisables

- > Associations qui emploient des médiateurs en santé ou des pairs-aidants.

Coût et modalités de financement

- > Financement spécifique et pluri-financeurs pour le projet 2P3A.
- > ARS (appel à projet).
- > ARS (financement de poste de médiateur social en charge de la mise en œuvre d'actions individuelles et collectives en matière de santé).

Impact pour les équipes et les résidents

Les actions collectives peuvent constituer un support pour l'accompagnement individuel (possibilité d'aborder plus facilement certaines thématiques de santé dans le cadre de l'accompagnement social individuel des personnes, de faire émerger une demande spécifique et/ou de créer un lien de confiance). Symétriquement, les problématiques de santé rencontrées individuellement alimentent les actions collectives (pertinence de mener une action voire, retour d'expérience dans le cadre de groupes de parole), contribuant à créer une dynamique vertueuse sur les questions de santé auprès des professionnels comme des personnes.

Ressources

- > Référentiel régional 2014 2P3A.
- > Evaluation indépendante réalisée par le cabinet Mensia en 2017, *Viellissement en foyers de travailleurs migrants : analyse des actions et recommandations*.
- > Enquête sur le vieillissement et la précarité de 2021, menée par la plateforme Vieillissement et Précarité (VIP) avec la Fédération des acteurs de la solidarité.

Sources

- > Entretien avec **Mariam Tabani**, médiatrice sociale et santé senior, Ligue de l'enseignement.
- > Entretien avec **Julien Laplante**, Coordinateur pôle Médiation santé et social, Ligue de l'enseignement.
- > Entretien avec **Sylvie Caseau**, responsable Etudes et développement social, Adoma.
- > Entretien avec **Nassima Boudrai**, responsable Ingénierie sociale, Adef Habitat.
- > Visite sur site de la résidence sociale Pasteur, à Carrières-sous-Poissy (Adef Habitat).
- > Documentation existante sur le projet *Bien vieillir en résidence sociale*.
- > Recherches additionnelles dans la littérature sur la médiation santé.



INITIATIVE 3 : LES PAIRS-AIDANTS

Contexte

Les résultats de l'enquête font apparaître un enjeu fort autour des questions de santé mentale : les personnes en résidence présentent des scores élevés sur les questions relatives aux items stress/angoisse, fatigue/manque d'énergie et tristesse/déprime, notamment en résidence accueil.

En miroir, des freins à la prise en charge de la santé mentale des personnes sont également identifiés : une difficulté à faire prendre conscience aux personnes concernées des troubles ou de leur expression, des représentations négatives de la santé mentale et des professionnels associés (psychiatre/psychologues), la nécessité de tisser un lien de proximité pour le repérage des situations (plus complexe dans les structures de plus grande taille) et, enfin, un déficit d'accessibilité de l'offre de soin, inégale en fonction des territoires (par exemple : les CMP).

Un point d'attention particulier a été émis sur la question des addictions, notamment sur la difficulté d'amener les personnes vers les structures de soin *ad hoc*, même lorsque les personnes ont conscience de leur situation.

Description de l'action

Afin de proposer un accompagnement adapté aux résidents et résidentes sur la thématique de l'addiction ou de la santé mentale, certaines structures ont retenu l'intervention de pairs-aidants.

Selon la HAS, les pairs-aidants sont *« des personnes ayant été confrontées à des situations particulières de vie (troubles psychiques, parcours de migration, sans-abrisme) associées à un vécu douloureux et souvent stigmatisées socialement, et qui participent aux interventions sanitaires et sociales (soins, accompagnement, mise en place d'interventions, formation des professionnels...) en se fondant sur ce savoir expérientiel ».*

Le recours à des pairs-aidants est particulièrement pertinent pour entrer en lien avec les personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques ou des addictions car elles sont souvent très éloignées des soins et des dispositifs d'accompagnement.

Illustrations

> La pair-aidance au sein de la pension de famille – maison relais Brune

La pension de famille, qui loge aujourd'hui 22 résidents, dont une partie d'entre eux anciens ou usagers de drogues, a recruté un médiateur de santé pair (ancien consommateur avec une formation universitaire en addictologie) sur un financement de poste d'hôte de maison.

Le projet, initialement envisagé comme des interventions ponctuelles, a finalement pris la forme d'une présence stable à hauteur de deux jours par semaine, pour des actions variées :

- des visites à domicile individuelles, contribuant à la création ou au maintien du lien avec les personnes,
- des temps d'accueil café le matin,
- des ateliers hebdomadaires, qui permettent de parler des sujets d'addiction sans toutefois que cela constitue un objectif spécifique : cuisine (des courses ensemble au repas) et musique,
- des ateliers ponctuels de méditation.

Le travailleur pair, en lien avec le maître de maison, assure lorsque nécessaire, le lien avec les structures de droit commun (tout particulièrement, CSAPA et CMP).

> Un travailleur pair sur la santé mentale avec le projet d'Adef Habitat

Adef Habitat porte le projet *Prévenir le bien-être psychique des résidents*, soutenu par l'ARS Île-de-France.

Une expérimentation en 2022 ayant permis d'engager des interventions sur des thématiques diverses (conduites addictives, syndrome dépressif, Diogène, troubles sévères de la santé mentale, psycho traumatisme lié à l'exil, etc.), l'ARS Île-de-France a renouvelé son soutien afin de proposer, aux résidents de plusieurs résidences sociales, un parcours d'éducation thérapeutique en santé mentale dans une démarche préventive.

Pour les personnes identifiées comme présentant un trouble de la santé mentale prononcé, un soutien individualisé dans une démarche curative et la construction d'une réponse permettant, à terme, la prise en charge de la situation par les acteurs compétents de proximité. Il ne s'agit pas d'une intervention thérapeutique mais d'un soutien aux professionnels pour orienter les personnes, *via* la mobilisation d'un médiateur en santé pair.

Mobilisant l'organisme de formation Alfapsy, le projet permet de créer un lien de confiance avec les personnes en résidence pour libérer la parole et de prendre conscience des enjeux de santé mentale sur soi et son environnement.

Les conditions de réussite de cette action consistent à anticiper la communication, être transparent sur l'objectif de l'action, faire alliance avec les professionnels, proposer des temps conviviaux sans expert, et ne pas cibler l'aller-vers pour éviter la stigmatisation.

Les participants ont exprimé leur satisfaction sur le déroulement et l'impact des actions sur leur sentiment de bien-être. Certains participants ont souhaité poursuivre par des entretiens individuels, ce qui souligne l'efficacité de l'approche de groupe comme porte d'entrée vers un soutien plus personnalisé.

Partenaires mobilisables

- > ARS (appels à projets).

Coût et modalités de financement

- > Appels à projets de l'ARS.

Impact pour les équipes et les résidents

L'approche en pair aide, par sa capacité à mobiliser et à créer un espace d'échange sécurisant, favorise non seulement la participation aux activités de groupe mais ouvre aussi la voie à des démarches d'accompagnement individuel. Ces dernières se révèlent cruciales pour les personnes ayant des besoins spécifiques et ne souhaitant pas échanger au sujet de leur situation personnelle en collectif, l'approche individuelle permet une prise en charge plus personnalisée et approfondie de leurs problématiques. La combinaison de l'approche de groupe et de l'accompagnement individuel se manifeste ainsi comme une stratégie efficace pour répondre aux enjeux de santé mentale au sein des résidences sociales.

Ressources

- > *Travail pair santé mentale et lutte contre les exclusions*, une enquête et des outils réalisés par la Fédération des acteurs de la solidarité Île-de-France, 2023.
- > *Développer le travail pair dans le champ de la veille sociale, de l'hébergement et du logement*, Dihal et Fédération des acteurs de la solidarité, 2020.
- > Actes de la table ronde *Réduction des risques et soins en addictologie auprès des personnes en situation de précarité*, 14 décembre 2023 et fiche de présentation de ressources sur la réduction des risques et le soin en addictologie à destination des professionnels du secteur AHI, Fédération des acteurs de la solidarité Île-de-France.

Sources

- > Entretien avec **Emmanuel Bigot**, animateur socio-éducatif / médiateur santé pair, Oppelia Charonne.
- > Entretien avec **Sandra Belin**, cheffe de service, Oppelia Charonne.
- > Entretien avec **Dunvell Autret**, Alfapsy, responsable qualité et gestion de risques.
- > Entretien avec **Nassima Boudrai**, responsable ingénierie sociale, Adef Habitat.
- > Documentation : projet et premier bilan rédigé par Adef et Alfapsy.
- > Recherche documentaire, notamment dans le travail de capitalisation mené par la FAS.



INITIATIVE 4 : LA FORMATION PROFESSIONNELLE DES ÉQUIPES DES RÉSIDENCES

Contexte

La formation professionnelle est l'outil le plus communément identifié, par les intervenants sociaux ayant répondu au questionnaire, comme susceptible de les aider à mieux accompagner les résidents sur le sujet santé. Sur la thématique de l'addiction, notamment, 84% des répondants évoquent un besoin de formation.

Description de l'action

Pour mieux répondre aux besoins des résidentes et résidents, la formation professionnelle des équipes est identifiée comme un outil nécessaire pour créer une culture et un niveau de connaissance communs, lutter contre les idées reçues, donner des outils et des clés pour intervenir auprès des personnes, tout particulièrement en matière de santé mentale et d'addiction.

Illustrations

Plusieurs formations sont remontées comme particulièrement utiles pour les équipes et/ou souhaitable.

> La formation *Premiers secours en santé mentale (PSSM)*

Constatant que de nombreuses personnes en pensions de famille connaissent des troubles psychiques ou psychiatriques sans suivi adapté et face aux difficultés des travailleurs sociaux, plusieurs résidences ont souhaité former leurs équipes.

C'est notamment le cas d'Alfi (la moitié de ses équipes), de la Fondation des Amis de l'Atelier (4 salariés, référents animation et technique, des RA de Chevilly-la-Rue et Vitry-sur-Seine), mais aussi du CLJT, de l'ALJT, d'Adoma et d'Oppelia Charonne.

L'ensemble des professionnels formés soulignent la plus-value de cette formation : ils témoignent de son intérêt pour acquérir des techniques et outils pour être plus réactifs et assurés face à des situations de crise, mieux repérer les personnes et aider à faire accepter le soin.

La formation de 14 heures vise à acquérir des connaissances de base sur les troubles de santé mentale, mieux appréhender les crises en santé mentale, accompagner les personnes en les informant de façon adaptée et faire face aux comportements agressifs.

> **La formation en réduction des risques**

Tous les salariés de la pension de famille Oppelia Charonne bénéficient d'une formation de base en addiction par l'organisme de formation OC&F (Oppelia Conseil & Formation), qui forme systématiquement tout nouveau salarié de l'association Oppelia. Elle introduit les bases de l'addiction, intégrant un volet de sensibilisation et de réduction des risques.

Une autre formation spécifique sur la réduction des risques existe dans le catalogue de formation disponible sur le site de l'organisme de formation OC&F.

> **D'autres formations existent**

Deux formations sont proposées par l'Unafo et disponibles dans son catalogue 2024 : *Santé mentale et pratiques d'accompagnement social* et *Accueillir et accompagner des personnes connaissant des situations d'addiction*.

Ces formations utilisent des méthodes en miroir, proposant des questionnements sur l'outil de médiation et permettant des projections des professionnels sur l'outil. Elles permettent de travailler la posture professionnelle, le volet partenarial et la participation des personnes.

Plusieurs formations, dont une formation spécifique *Accompagner le parcours de santé des personnes accueillies dans les établissements sociaux du secteur AHI et du logement accompagné*, sont aussi proposées par la FAS.

Partenaires mobilisables

> Organismes de formation.

Coût et modalités de financement

> Opérateurs de compétence (OPCO).

> Financement dans le cadre des contributions à la formation professionnelle versées aux OPCO.

Impact pour les équipes et les résidents

Les formations permettent aux salariés de monter en compétence sur les questions de santé, de mieux connaître les enjeux partenariaux et d'échanger entre pairs. Elles permettent aussi d'objectiver les pratiques de chacun et, sur des thématiques complexes telles que l'addiction ou la santé mentale, d'outiller et de mettre en confiance les équipes sur les solutions à mettre en œuvre.

Pour les résidents, les solutions mises en œuvre peuvent être plus adaptées. Par exemple, il peut s'agir d'actions très concrètes d'hospitalisation en cas de crise, ou simplement de vigilance sur les comportements des personnes afin d'anticiper des orientations (questions sur l'état de santé, orientation CMP...).

Ressources

- > Sites internet de l'OPCO Uniformation et de l'OPCO Santé.
- > Sites internet des organismes de formation.
- > Responsable formation de l'Unafo.

Sources

- > Entretien avec **Tania Minatchy**, chargée de mission Habitat, Fondation des Amis de l'Atelier.
- > Entretien avec **Sandra Belin**, cheffe de service, Oppelia Charonne.
- > Entretien avec **Goodluck Moukoko**, directeur adjoint FJT les Amandiers, CLJT.
- > Recherche documentaire auprès des OPCO.



INITIATIVE 5 : LES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTÉ DES FEMMES

Contexte

Les résultats du questionnaire, comme les retours des équipes, montrent que les femmes portent une plus grande attention à leur santé et témoignent d'une plus grande autonomie dans leur parcours de soin.

Toutefois, les femmes sont aussi plus souvent en situation de précarité que les hommes, et ce quelle que soit la tranche d'âge. Il existe donc un risque important de renoncement aux soins, notamment dans certaines situations comme la monoparentalité.

Par ailleurs, des enjeux ou questions de santé spécifiques pour les femmes ont été identifiés au cours de l'enquête, par exemple sur le plan gynécologique ou encore en lien avec les violences sexistes et sexuelles.

Illustrations

> **Actions collectives** (contraception, débats sur les questions de genre, dépistage, santé mentale, estime de soi, forums santé...)

Les résidences sociales mènent de nombreuses actions de promotion et de prévention et, parmi ces dernières, certaines concernent la santé des femmes. Ces actions peuvent prendre diverses formes, comme par exemple l'intervention d'acteurs spécialisés en matière de santé sexuelle lors de forums santé, les associations associent des acteurs spécialisés en matière de santé sexuelle.

Par exemple, l'ALJT a mené des actions spécifiques :

- **Au FJT de Paris 19, sont intervenus plusieurs partenaires :** EndoFrance (endométriose), une sage-femme (santé sexuelle et la contraception) et une diététicienne (stéréotypes de genre, rapport au corps, alimentation en fonction du cycle menstruel).
- **Au FJT Vitry-sur-Seine, le service Promotion de la Santé de la ville de Vitry-sur-Seine a coanimé des ateliers sur la santé des femmes avec les équipes.** L'association Unis-Cités a aussi mobilisé des volontaires en service civique pour faire du porte à porte et réaliser des distributions de serviettes hygiéniques.

> Thématique de la précarité menstruelle

L'association Règles élémentaires a porté plusieurs partenariats avec des résidences sociales dans le cadre de son action en matière de lutte contre la précarité menstruelle.

- **Par exemple, au FJT Saint-Ouen Dhalenne**, l'association Règles élémentaires a formé une représentante du Conseil de vie sociale (CVS) souhaitant proposer des actions sur la précarité menstruelle. La direction de la résidence sociale a soutenu cette démarche, mobilisant le budget du CVS, permettant par la suite à la représentante du CVS d'animer plusieurs ateliers sur cette thématique. Ces événements ont suscité un grand intérêt, pour les femmes comme pour les hommes.

Par la suite, un podcast a été enregistré et des distributeurs de protections hygiéniques installés (gratuitement). L'approvisionnement des protections hygiéniques est aujourd'hui assuré par l'association Règles élémentaires, permettant des distributions gratuites aux résidentes.

En parallèle, le CVS a aussi engagé un partenariat avec l'association Menstru'Elles, qui a organisé des ateliers de couture de serviettes hygiéniques lavables (pour les femmes uniquement).

- **Au FJT de Paris 19**, l'ALJT a mené des échanges et des actions de sensibilisation sur les représentations liées au genre avec l'association Règles Élémentaires, et des distributions de culottes menstruelles sont proposées.

A noter qu'aujourd'hui, cette association a resserré son intervention sur la formation des professionnels et n'intervient donc plus directement auprès des résidentes. Cette formation professionnelle vise à donner des outils aux équipes pour proposer des actions à moyen ou long terme sur la précarité menstruelle. Elles se déroulent sur une journée, avec une première partie sur de l'information générale sur les règles et les protections, et une deuxième partie constituée d'ateliers de mise en pratique adaptés aux besoins de chaque participant.

- **Au FJT de Chaville**, l'ALJT a aussi engagé des ateliers de confection de serviettes en tissu lavables pour 30 résidentes et mis en place un distributeur de protections hygiéniques écoresponsables avec Marguerite & Cie.
- **Au FJT de Velizy Villacoublay**, l'Alfi a réalisé une action d'information et de prévention pour sensibiliser aux enjeux de santé de santé des femmes, notamment sur les protections réutilisables, les lieux de dons de protection hygiénique...

Partenaires mobilisables

- > Associations (par exemple, Règles élémentaires, Menstru'Elles, EndoFrance).
- > Professionnels de santé.
- > Villes, *via* leurs services Promotion de la santé, le cas échéant.



SANS GÊNE & SANS TABOU

**Décembre
2021**

Présentation du projet aux résidents

Via la Newsletter Bilan 2021

Journée internationale du sport féminin

Affiche d'information avec communication RS

**Janvier
2022**

**Février
2022**

Podcast collaboratif

Déconstruction des stéréotypes de genre - Féminin vs Masculin - Relations H/F

Exposition Droits des Femmes et Stand sur le Féminin et le Masculin au travail

Déconstruction des stéréotypes de genre - Féminin vs Masculin - Relations H/F

**Mars
2022**

**Mai
2022**

Exposition artistique collaborative

Déconstruction des stéréotypes de genre - Féminin vs Masculin - Relations H/F - le Féminin et le Masculin dans les sociétés avec visite du Musée du Quai Branly

Période dépôt demande exceptionnelle budget distributeur protections hygiéniques

Initiative résident

Déconstruction des stéréotypes de genre - Féminin vs Masculin - Relations H/F - le Féminin et le Masculin dans les sociétés - le Féminin et le Masculin au travail

**Juil./Août
2022**

**Octobre
2022**

Atelier confection protections hygiéniques en tissus et expo sur le cycle menstruel

Féminin vs Masculin - Relations H/F - le Féminin et le Masculin dans les sociétés

Bilan du projet

Invitation des partenaires qui ont participé et bilan en photos lors d'une soirée de clôture

**Janvier
2023**



Communication sur le projet Sans Gêne et Sans Tabou

Coût et modalités de financement

Les financements identifiés pour les actions décrites sont :

- > Les fonds propres de la structure.
- > Des subventions de la politique de la ville et ALT pour le financement de l'intervention de Règles Élémentaires dans le FJT de Paris 19.
- > L'intervention de certaines associations comme Règles élémentaires peut être prise en charge par des partenaires (ex : financement DRIHL/DRDFE et DGCS pour des formations professionnelles à destination des professionnels de l'hébergement et du logement accompagné). A défaut, les interventions de l'association sont payantes (ateliers avec les jeunes / *Cercle de parole*, formation des professionnels).

Le coût du projet à l'ALJT Chaville :

- > Ateliers de confection de serviettes en tissu lavable pour 60 protections : 306 € (tissus).
- > Achat de 3 machines à coudre : non communiqué.
- > Achat d'un distributeur de protections hygiénique (288 €) ou location (non communiqué).
- > Achat de protections hygiéniques (1197 € en 2022, 745 € en 2023). Certaines associations peuvent donner ces dernières.

Ressources

- > Guide *Lutter contre les violences sexistes et les LGBTphobies en résidence-FJT*, URHAJ Île-de-France, 2024

Sources

- > Entretien avec **Sylvie Caseau**, responsable Etudes et Développement social, Adoma.
- > Entretiens avec **Sandrine Haetty**, chargée de mission Ingénierie sociale.
- > Entretien avec **Jessica Steunou**, chargée d'animations collectives et d'accompagnement social au FJT de Chaville, ALJT.
- > Entretien avec **Goodluck Moukoko**, directeur adjoint FJT les Amandiers, CLJT.
- > Entretien avec **Malika Loho**, coordinatrice sociale, Amli.
- > Entretien avec **Tarana Duhaut**, directrice Opérations & Développement et **Guillemette Bailleul**, directrice du pôle Education et Formation, Règles Élémentaires.
- > Recherche documentaire.

CONCLUSION





UNE ALLIANCE SANTÉ-LOGEMENT OBJECTIVÉE

Cette étude a été menée, avec le soutien financier de l'ARS Île-de-France, sur plus de deux ans, par l'Unafo en partenariat avec l'ANSA et grâce à l'implication des adhérents.

C'est la première fois qu'une telle étude est réalisée pour identifier les enjeux de prévention et d'accès à la santé et aux soins pour les résidents en logement accompagné. Si le logement est un facteur indispensable pour améliorer sa santé, il n'est évidemment pas suffisant pour des publics qui peuvent être précaires et ont pu connaître des parcours compliqués, notamment à la rue.

Face à ces enjeux, les besoins de soutien et d'accompagnement des équipes de terrain, sans oublier les enjeux de formation, se posent. L'Unafo s'emploie à y répondre, par le biais notamment de son organisme de formation, de l'organisation de groupes de travail, de la mise à disposition d'un centre de ressources et de ses actions de plaidoyer.

Cette étude met en avant l'engagement des organismes gestionnaires qui, malgré la fragilisation des modèles économiques et la baisse d'attractivité pour les métiers du secteur, parviennent à innover, s'adapter, former et créer des partenariats.

Si nous ne pouvons que nous réjouir de l'investissement dont font preuve les équipes de terrain et responsables de résidence pour s'adapter au mieux aux besoins des publics qu'ils accompagnent, nous devons poursuivre nos efforts pour une meilleure connaissance du grand public, du secteur sanitaire, médico-social, pour réduire la stigmatisation des personnes concernées, faciliter les partenariats, les rendre plus opérants encore et limiter les non-recours.

Pour cela, il est primordial que les financements mobilisables puissent être pérennisés. Sur les questions de santé, notamment pour les personnes les plus éloignées du soin, les temporalités sont bien différentes de celles des appels à projets. Tisser les partenariats nécessaires, les entretenir, mettre en place un « aller-vers » et accompagner les résidents dans leur autonomisation vis-à-vis de leur santé est un travail sur le temps long, nécessitant une ingénierie sociale importante et ne peut être contraint par des financements trop rares et souvent de courte durée.

Les personnes précaires, certainement plus encore que le grand public, souffrent de manque de relais dans le droit commun. Le système de santé français est en crise, notamment sur la santé mentale, et les gestionnaires ne peuvent pas compenser les carences des territoires. **C'est un des enseignements de cette étude : si les professionnels vont parfois au-delà des missions qui leur reviennent, ils se trouvent régulièrement sans solution face à des situations complexes notamment quand les troubles psychiques deviennent trop importants et que les équipes mobiles et hôpitaux ne peuvent intervenir.**

Les publics que nous accompagnons ont des spécificités qui ne sont pas suffisamment prises en compte par les politiques publiques. Le vieillissement prématuré qu'ils subissent les exclut bien souvent de dispositifs qui ne sont accessibles qu'à partir d'un certain âge. Les dispositifs d'adaptation du domicile, d'accompagnement à domicile par des services d'aide spécialisée voire l'accès à des établissements médico-sociaux sont particulièrement complexes à mettre en place et les professionnels du logement accompagné se retrouvent à compenser et à dépasser leurs prérogatives.

Si nous voulons atteindre les objectifs ambitieux du plan Logement d'Abord 2 avec une production importante de logements accompagnés (pensions de famille, résidences accueil, résidences sociales généralistes et foyers de jeunes travailleurs), il est crucial d'accompagner les structures existantes et celles à venir et densifier le maillage de droit commun, pour la santé des résidents et le respect des missions des professionnels du logement accompagné.

Les acteurs du logement accompagné sont des ressources importantes dans la prévention et la promotion de la santé. Faisons en sorte que ce travail puisse être valorisé et efficient par la coopération entre toutes les parties prenantes.

L'Unafo, union professionnelle du logement accompagné,
rassemble les initiatives de 195 adhérents gestionnaires de plus de 155 000 logements
(résidences sociales, pensions de famille, résidences jeunes actifs,
foyers de jeunes travailleurs et de travailleurs migrants) dans l'hexagone
et en outre-mer, qui permettent aux personnes en situation de précarité
d'accéder à un logement et de s'y maintenir.

L'Unafo représente ses adhérents, anime et structure le réseau,
contribue à la professionnalisation du secteur
et s'implique dans l'évolution des politiques publiques du logement.



10 rue des Bluets – 75 011 Paris
Tél. 01 40 71 71 10
contact@unafo.org

www.unafo.org

