



HAL
open science

Être accueillant familial de personnes âgées : un vécu positif malgré les nombreuses contraintes

Diane Ramond

► **To cite this version:**

Diane Ramond. Être accueillant familial de personnes âgées : un vécu positif malgré les nombreuses contraintes. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03205776

HAL Id: dumas-03205776

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03205776>

Submitted on 22 Apr 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
par
RAMOND DIANE

Le 11 mars 2021

Être accueillant familial de personnes âgées : un vécu positif malgré les nombreuses contraintes
--

Directeur de thèse : Docteur Pavageau Sylvain

Jury :

Président : Pr AMOUYAL Michel

Assesseurs : Pr GUILPAIN Philippe

Dr PAVAGEAU Sylvain

Directeur de thèse : Dr PAVAGEAU Sylvain

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
par
RAMOND DIANE

Le 11 mars 2021

Être accueillant familial de personnes âgées : un vécu positif malgré les nombreuses contraintes

Directeur de thèse : Docteur Pavageau Sylvain

Jury :

Président : Pr AMOUYAL Michel

Assesseurs : Pr GUILPAIN Philippe

Dr PAVAGEAU Sylvain

Directeur de thèse : Dr PAVAGEAU Sylvain

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	MIRO Luis
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	PETIT Pierre
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	PUJOL Henri
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	REBOUL Jean
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	RIEU Daniel
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SAINT AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	SANCHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	SANY Jacques
BONNEL François	GRASSET Daniel	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GUILHOU Jean-Jacques	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GUITER Pierre	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	HEDON berbard	MION Charles	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MION Henri	VIDAL Jacques
			VISIÈRE Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LE QUELLEC Alain
BLANC François	MARES Pierre
BONAFE Alain	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MESSNER Patrick
BRINGER Jacques	MILLAT Bertrand
CLAUSTRES Mireille	MONNIER Louis
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain
JONQUET Olivier	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel
LARREY Dominique	

Docteurs Emérites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle

Génétique

VANDE PERRE Philippe

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc

Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia

Hématologie ; transfusion

ASSENAT Éric

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

AVIGNON Antoine

Nutrition

AZRIA David

Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria

Pédopsychiatrie ; addictologie

BLANC Pierre

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric

Chirurgie viscérale et digestive

BOURDIN Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CAMBONIE Gilles

Pédiatrie

CAMU William

Neurologie

CANOVAS François

Anatomie

CAPTIER Guillaume

Anatomie

CARTRON Guillaume

Hématologie ; transfusion

CAYLA Guillaume

Cardiologie

CHANQUES Gérald

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

CORBEAU Pierre

Immunologie

COULET Bertrand

Chirurgie orthopédique et traumatologique

CUVILLON Philippe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DADURE Christophe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAUVILLIERS Yves

Physiologie

DE TAYRAC Renaud

Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DE VOS John

Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc



PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIÈRES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
<u>MCU-PH de 2^{ème} classe</u>	
BERGOUGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérômes

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitres de Conférences des Universités

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COROIAN Flavia-Oana	GINIES Patrick
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CRANSAC Frédéric	GUEDJ Anne Marie
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	CUNTZ Danielle	GUYON Gaël
AMOUROUX Cyril	BOURRAIN Jean Luc	DARDALHON Brigitte	HENRY Vincent
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	DAVID Aurore	JAMMET Patrick
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-DEUTSCH Sophie	DE BOUTRAY Marie	JEDRYKA François
ATTALIN Vincent	BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier	BRISOT Dominique	DEBIEN Blaise	KINNE Mélanie
BADR Maliha	BRONER Jonathan	DELPONT Marion	LABARIAS Coralie
BAIS Céline	CADE Stéphane	DENIS Hélène	LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide	CAIMMI Davide Paolo	DEVILLE de PERIERE Gilles	LANG Philippe
BASSET Didier	CARR Julie	DJANIKIAN Flora	LAZERGES Cyril
BATIFOL Dominique	CARTIER César	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal	CASPER Thierry	FAIDHERBE Jacques	LEGLISE Marie Suzanne
BAUCHET Luc	CASSINOTTO Christophe	FATTON Brigitte	LOPEZ Régis
BENEZECH Jean-Pierre	CATHALA Philippe	FAUCHERRE Vincent	LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim	CAZABAN Michel	FILLERON Anne	MANZANERA Cyril
BERNARD Nathalie	CHARBIT Jonathan	FITENI Frédéric	MARGUERITTE Emmanuel
BERTCHANSKY Ivan	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine	COLIN Olivier	GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte	CONSEIL Mathieu	GENY Christian	MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie	CORBEAU Catherine	GERONIMI Laetitia	MILESI Christophe

MORAU Estelle	SEGURET Fabienne
MOSER Camille	SENESSE Pierre
MOUSTY Eve	SKALLI El Medhi
MOUTERDE Gaël	SOLA Christelle
PANSARD Nicole	SOULLIER Camille
PERNIN Vincent	STOEBNER DELBARRE Anne
PERRIGAULT Pierre François	TEOT Luc
PEYRON Pierre-Antoine	THIRION Marina
PICARD Eric	VACHIERY-LAHAYE Florence
PICOT Marie Christine	VERNES Eric
PIERONI Laurence	VINCENT Laure
POQUET Hélène	WAGNER Laurent
PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
PUPIER Florence	
QUANTIN Xavier	
RAFFARD Laurence	
RAPIDO Francesca	
RIBRAULT Alice	
RICHAUD-MOREL Brigitte	
RIDOLFO Jérôme	
RIPART Sylvie	
RONGIERES Michel	
ROULET Agnès	
RUBENOVITCH Josh	
SANTONI Fannie	
SASSO Milène	
SCHULDINER Sophie	

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUICHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

Remerciements

Professeur Amouyal Michel, Professeur des Universités, Directeur du Département Universitaire de Médecine Générale, je vous remercie de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

Professeur Guilpain Philippe, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, je vous remercie de me faire l'honneur de faire partie du jury de cette thèse. Merci de l'intérêt que vous portez à ce travail.

Docteur Pavageau Sylvain, Maître de Conférences Associé, je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail, de m'avoir encadrée, soutenue et relue. Je te remercie pour ta bienveillance, ta patience et ta disponibilité pendant tous ces longs mois, ton aide a été inestimable.

Vous tous qui avez contribué à la réalisation de cette étude je vous remercie. Accueillants familiaux qui avez accepté de me rencontrer et qui avez pris sur votre temps libre pour réaliser les entretiens, je vous remercie pour votre implication et votre gentillesse.

La mission PA-PH du Conseil Départemental des Pyrénées Orientales, qui m'a apporté une aide précieuse dans ce travail, également je te remercie.

Toutes les personnes qui ont contribué à ma formation et qui ont été sources d'inspiration, équipes médicales et soignantes que j'ai rencontrées au cours de mes stages, je vous remercie :

le Dr Milleret à Thuir pour ce tout premier stage de médecine générale,

le cabinet médical de Villelongue-del-Monts avec le Docteur Quentin et son infinie patience pour corriger mes RSCA, les docteurs Lintanf et Virard,

le Docteur Renner et sa famille pour votre accueil dans votre maison,

le Dr Frayret au SSR de Saint Christophe, j'espère que ta reconversion s'est bien déroulée, l'équipe de Pédiatrie de Carcassonne,

les Docteurs Etienne, Héloïse Masson Solène, David Clément et Coco Bastien à Leuc pour tous ces moments et repas partagés,

le cabinet médical Vauban, et surtout Alain et Sylvain pour vos conseils et votre soutien, sans oublier Édith pour sa bonne humeur,

le Dr Anne-Serres-Cousine ainsi que le Dr Henri Benkemoun et le Dr Anne Benaroya pour votre pédagogie,

et enfin les Dr Campos, Dr Garbay et Dr Regnier-Vigouroux pour votre formation en gynécologie.

Ma famille qui a toujours cru en moi :

pour votre soutien inconditionnel, votre patience, papa, maman je vous remercie, je vous dois tout.

ma petite sœur qui me supporte et m'aime de manière indéfectible, je te remercie pour tous ces moments de complicité partagés, sans toi je n'y serais pas arrivée. A mon tour, désormais de te soutenir dans tes projets.

A mes grands-parents, pour vos encouragements et votre appui toutes ces années qui avez jamais failli je vous remercie.

Ma grande tante, mon oncle, mes cousins je vous remercie.

Et puis mes amis sans qui la vie serait plus terne :

Marion pour tous ces semestres en colocation, toutes nos séances de step, nos soirées films...pour tous ces bons moments je te remercie.

Pauline, une de mes premières amies en médecine, tu es une des personnes qui me connaît le mieux, je te remercie pour ta loyauté et ton amitié. Je suis contente de pouvoir continuer l'aventure avec toi à travers notre projet d'installation.

Camille, pour ta force, ta sincérité, nos rigolades je te remercie.

La team Pédià, avec Lauriane et Manon pour votre amitié je vous remercie.

Les filles je vous remercie pour tous ces moments partagés, les bons, les moins bons, les doutes mais aussi les fous rires, les soirées jeux, nos voyages mémorables, j'espère que cela va continuer.

Aussi, mes amis depuis toujours, encore et toujours mes irréductibles amis Estelle, Maroussia, Nicolas, Rémi, Romain et les nouveaux arrivants tout aussi précieux Loïc, Julie, Laurie, Paul, je vous remercie pour tout, pour toutes ces années passées, pour ce lien qui j'espère jamais ne se rompra, je vous remercie pour tous les instants à venir, je sais que nous ferons de sorte qu'ils comptent. Je suis fière de l'estime que vous me portez et d'être votre amie.

Alison, qui depuis mes 3 ans est mon amie, je sais que la vie nous a fait emprunter des chemins différents mais tu restes chère à mon cœur.

Enfin, mes co-internes, Marilou, Nadir, Alric, Boris, Émilie, Maurane, Thomas, Jane je vous remercie pour ces belles rencontres.

Tous ceux que je n'ai pu citer je vous remercie.

Abréviations

AF Accueillant Familial

APA Allocation Personnalisée d'Autonomie

CASF Code de l'Action Sociale et des Familles

CD Conseil Départemental

DCD Décédé

DUMG Département Universitaire de Médecine Générale

EHPAD Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

PA Personne Âgée

PH Personne Handicapée

RTF Ressources de Type Familial

Table des matières

Introduction	3
1. L'accueil familial	3
2. Évolution de l'accueil familial à travers le temps	4
3. Le statut de l'accueillant familial	5
4. L'agrément de l'accueillant	5
5. Les conditions de l'agrément	6
6. Le contrôle des accueillants familiaux et le suivi médico-social des personnes accueillies	7
7. Les familles d'accueil dans les Pyrénées-Orientales	7
8. L'accueil familial dans la littérature	8
Méthodes	11
1. Méthode	11
2. Population étudiée et recrutement	11
3. Cadre réglementaire	11
4. Période de l'étude et calendrier	12
5. Recueil des données	12
a) Création du guide d'entretien	12
b) Les entretiens individuels	13
6. Méthode d'analyse	14
a) Phénoménologique	14
b) Analyse du contenu	14
c) Triangulation des résultats	15
7. Moyens et partenaires	15
Résultats	16
1. Caractéristiques de la population étudiée	16
2. Catégories émergentes	19
3. Exemple de catégorisation sémiotique selon la théorie de Peirce	45
Discussion	46
1. Discussion des résultats	46
2. Discussion de la méthode	50
a) Forces	50
b) Faiblesses	51
3. Perspectives et implications en pratique	51
a) La reconnaissance d'un statut	52
b) Une revalorisation de l'activité	53
c) Une demande de liens et d'entraide	53
d) Une simplification et un accompagnement dans les démarches	55
e) Vers de nouvelles modalités d'accueil ?	55

Conclusion	57
Références	58
Annexes	61
Serment d'Hippocrate	70
Résumé	71
Mots clés	71

Introduction

L'espérance de vie étant actuellement, en France, de 79,4 ans pour les hommes et de 85,3 ans pour les femmes, l'INSEE projette un allongement continu d'ici à 2060. Cette année-là l'espérance de vie atteindrait 86 ans pour les hommes et 91,1 ans pour les femmes. Le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans sera de 24 millions en 2060 contre 15 millions à ce jour (1). Dans ce contexte de vieillissement indéniable de la population et de perte d'autonomie, assurer une qualité de vie et le «bien vieillir» dans le respect de la dignité est un enjeu de santé publique (2). La prise en charge dans les établissements spécialisés des personnes âgées atteint ses limites en terme de capacité d'accueil, de coût et de bientraitance.

L'accueil familial répond aux principaux enjeux de la perte d'autonomie et offre une réelle alternative entre l'établissement spécialisé et le maintien au domicile. Dispositif réglementé par la loi de 1989 (3), il permet à un accueillant familial de s'occuper de personnes âgées ou en situation de handicap en échange d'une rémunération.

En 1996, un état des lieux a été réalisé par l'Institut de Formation de Recherche et d'Évaluation des Pratiques Médico-Sociales (4) : 8950 accueillants agréés étaient recensés et détenaient un agrément le plus souvent exclusif soit pour l'accueil de personnes âgées soit de personnes handicapées. Avec ce dispositif 5900 personnes âgées étaient accueillies ce qui représentait environ 1% des 628 000 personnes âgées hébergées en établissement. En 2014 un nouvel état des lieux a été réalisé: 9742 accueillants étaient agréés pour 14549 personnes accueillies dont 6700 personnes âgées. De plus, les agréments mixtes étaient désormais majoritaires. Cela montre clairement la stagnation du dispositif surtout rapporté à l'effectif croissant de personnes âgées dépendantes en France. L'accueil familial peine donc à se structurer comme alternative viable(5).

1. L'accueil familial

En France on distingue deux catégories d'accueil familial : l'accueil thérapeutique qui est un mode de traitement offert à des malades mentaux susceptibles de bénéficier d'une prise en charge en famille d'accueil sous la responsabilité d'un établissement ou d'un service de soins, et l'accueil social qui est lui un dispositif répondant à des besoins d'hébergement et d'aide sociale de personnes âgées ou de personnes handicapées. C'est à cette deuxième catégorie que nous nous attacherons.

Ce dispositif offre pour les personnes en perte d'autonomie une solution personnalisée et intermédiaire entre le maintien au domicile et le placement en établissement spécialisé. L'accueil

familial est un outil d'accompagnement qui peut répondre aux difficultés engendrées par le maintien à domicile en cas de dépendance sévère, et au problème de coût lié à un placement en EHPAD. Il est flexible et peut être à temps complet, partiel, séquentiel, à titre permanent ou temporaire. Il offre le maintien du lien social et de proximité à travers les accueillants familiaux qui ont pour mission de veiller au bien-être physique, psychique et moral des personnes accueillies.

En tant que « chef de file de l'action gérontologique départementale », le Conseil Départemental est responsable du dispositif d'accueil familial, il verse les prestations (APA, aides sociales) et obéit à la contrainte légale de produire des schémas départementaux pour 5 ans afin d'assurer l'organisation territoriale de l'offre des services de proximité et leur accessibilité à domicile comme en hébergement.

2. Évolution de l'accueil familial à travers le temps

L'accueil familial des personnes âgées en France est une histoire ancienne et remonterait à la Révolution française en faveur des vieillards nécessiteux « confiés à une famille d'accueil à condition qu'ils aient plus de 60 ans et moyennant une pension ». Cependant le cadre réglementaire a été instauré récemment suite à de nombreux abus, tels que les captations d'héritage ou les négligences envers les personnes accueillies, survenus dans les décennies 1950 à 1980 (6). Parallèlement les pouvoirs publics ont commencé à prendre en compte les enjeux liés au vieillissement de la population et la prise en charge de la dépendance des personnes âgées. C'est ainsi, que la loi relative à « l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes » a été votée le 10 juillet 1989 et permet à un accueillant familial, en échange d'une rémunération, de loger et de s'occuper à son domicile de personnes âgées ou en situation de handicap n'appartenant pas à leur famille jusqu'au quatrième degré inclus (3). Depuis, dans une optique d'amélioration du statut de l'accueillant familial et de la qualité de l'accueil de la personne âgée, diverses adaptations législatives sont survenues. La loi de janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (7) a défini les normes d'un logement décent, l'activité d'accueil familial a été reconnue comme telle et « l'accueillant familial » est devenu le nom officiel de la personne en charge de la personne âgée accueillie contre rémunération. Aussi, la loi de décembre 2015 sur l'adaptation de la société au vieillissement fixe les critères d'agrément, trois personnes peuvent être accueillies simultanément et huit contrats d'accueil au total; le contenu, la durée et les modalités de mise en œuvre de la formation initiale et continue sont définies et le département s'engage à assurer l'accueil des personnes en charge pendant les temps de formation des accueillants familiaux; enfin, désormais, la rémunération des accueillants familiaux à titre dérogatoire devra obéir au même régime fiscal et de cotisations sociales que les salaires. Ils

bénéficieront en conséquence, lors des périodes de chômage, du régime d'assurance comme n'importe quel salarié.

3. Le statut de l'accueillant familial

Selon le Code de l'action sociale et des familles (CASF) coexistent deux statuts d'accueillants familiaux (8) :

-depuis la loi de 1989 : les accueillants familiaux employés de gré à gré, qui est le statut le plus répandu (art L442-1) mais pourtant le plus précaire. Ils exercent leur activité dans le cadre d'une relation directe avec les personnes accueillies par le biais d'un contrat qui ne peut être assimilé à un contrat de travail entre l'accueillant et l'accueilli. En effet, la personne âgée ou handicapée, accueillie au domicile de l'accueillant familial, ne peut pas exercer un pouvoir de direction, elle est placée dans une plus ou moins grande situation de dépendance matérielle et morale à l'égard de la famille d'accueil (9). Ces accueillants familiaux n'ont donc pas le statut de salarié au sens du droit du travail et à ce titre ne peuvent pas bénéficier du droit à l'assurance chômage. Ce contrat d'accueil dont le contenu est fixé par la loi précise la durée de la période d'essai, les indemnités éventuellement dues, la nature ainsi que les conditions matérielles et financières de l'accueil, les droits en matière de congés annuels (environ 30 jours par an) et les modalités de remplacement des accueillants familiaux. La rémunération de base est estimée à 665 euros par mois pour l'accueil d'une personne selon la Direction Générale de la Cohésion sociale, à laquelle s'ajoutent des indemnités pour sujétion particulière, d'entretien et de mise à disposition du logement permettant d'atteindre un revenu compris entre 1200 et 1500 euros par mois par personne accueillie (10).

-depuis la loi du droit au logement opposable (DALO) de 2007 (11) : les accueillants familiaux employés par des personnes morales de droit public ou privé. Ils bénéficient alors d'un véritable contrat de travail ainsi que de l'ensemble des droits sociaux y étant rattachés : protection sociale, droit à l'indemnisation chômage et droit aux congés. L'accueillant familial salarié ne peut travailler au-delà de 258 jours par an, il a le droit à des congés payés, la rémunération sera calculée sur 288 jours (258 jours + 30 jours de congés payés) ainsi qu'un jour de repos hebdomadaire. De plus, entre deux accueils, une partie de la rémunération est maintenue.

4. L'agrément de l'accueillant

Accueillant familial peut désigner une personne seule ou un couple, c'est à dire deux personnes partageant le même foyer sans obligation de mariage ou de pacte civil de solidarité (Pacs).

L'activité d'accueillant familial nécessite l'obtention d'un agrément délivré par le Président du Conseil Départemental du département de résidence qui en instruit la demande, valable pour cinq ans, renouvelable, et qui fixe le nombre de personnes accueillies. Depuis la loi de décembre 2015, ce nombre est fixé au maximum à trois personnes mais possibilité pour un accueillant de mener jusqu'à huit contrats d'accueil simultanés pour favoriser les accueils non permanents.

5. Les conditions de l'agrément

L'accueillant familial doit se subordonner à plusieurs conditions qui sont cumulatives lors de la sollicitation de son agrément (9) :

-Il doit être en capacité d'assurer le bien-être physique, psychique et moral de la personne accueillie et permettre son suivi médico-social. Il n'existe pas de limite d'âge pour l'accueillant.

-Il doit proposer un logement dont l'état, les dimensions et l'environnement sont conformes aux normes définies, c'est à dire une chambre individuelle d'une superficie d'au moins neuf mètres carrés pour une personne seule ou seize mètres carrés pour un couple et d'une installation sanitaire comprenant un WC et un équipement de toilette. La personne accueillie doit avoir accès aux pièces communes et pouvoir partager des moments de la vie de famille de l'accueillant.

-Il doit garantir un accueil continu et donc proposer une solution de remplacement en cas de congés ou d'absence. En cas d'accueillant gré à gré, le remplaçant peut être un proche ou une personne préalablement rencontrée par les service du Conseil Départemental ou par un organisme dûment mandaté. Si c'est un accueillant salarié d'une personne morale, l'employeur fournira un autre accueillant familial.

-Il doit suivre une formation initiale et continue afin d'acquérir les bases nécessaires à l'exercice de son activité. Le décret de 2017 relatif à la formation des accueillants familiaux est venu encadrer le contenu et la durée de cette dernière (12). La formation initiale est d'une durée totale d'au moins 54 heures, elle comprend une formation préalable au premier accueil d'au moins douze heures dans les six mois suivant l'obtention de l'agrément, la durée restante devant avoir lieu dans les 24 mois à compter de cette obtention d'agrément. Il existe une dérogation pour les accueillants titulaires de certains diplômes qui peuvent être dispensés de tout ou d'une partie de la formation (par exemple du diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale, du diplôme d'État d'aide médico-psychologique). La formation continue est organisée en fonction des besoins et des attentes de l'accueillant et s'élève à douze heures minimum pour chaque période d'agrément. Le Conseil Départemental doit pouvoir fournir une solution de remplacement à l'accueillant familial afin de

permettre à l'accueillant familial gré à gré d'y assister. Si c'est un accueillant salarié d'une personne morale, la formation initiale et continue est à la charge de l'employeur et ce dernier doit pourvoir à une solution de remplacement.

-Obligation de contracter une assurance responsabilité civile qui s'applique à la fois pour les accueillants familiaux mais aussi pour les personnes accueillies.

6. Le contrôle des accueillants familiaux et le suivi médico-social des personnes accueillies

Le contrôle des accueillants familiaux relève de la compétence du président du Conseil Départemental qui peut désigner tout organisme ou institution pour exercer ce contrôle et porte sur les conditions d'accueil matérielles, morales et sanitaires. Dans le cadre de l'exercice de cette mission peuvent être demandés l'accès au domicile de l'accueillant familial, la possibilité d'un entretien avec les personnes accueillies hors de la présence de ce dernier ainsi que tous les documents relatifs aux conditions de l'agrément comme l'assurance logement ou la responsabilité civile de l'accueillant.

7. Les familles d'accueil dans les Pyrénées-Orientales

Courant 2019, 79 familles d'accueil réparties sur tout le département offrent un total de 187 places d'accueil, la quasi-totalité possède un agrément mixte (personnes âgées et personnes handicapées), seules deux familles possèdent un agrément exclusivement pour les personnes âgées et une seule un agrément pour les personnes en situation de handicap.

Elles sont réparties comme suit :

21 familles pour 49 personnes accueillies dans le territoire de L'Agly

13 familles pour 29 personnes accueillies dans le territoire de Riberal

3 familles pour 6 accueillis dans le Conflent

0 famille en Serdagne

16 familles pour 40 accueillis dans le Vallespir

9 familles pour 20 accueillis dans la Côte Vermeille

17 familles pour 43 personnes à Perpignan.

Même si vingt places sont considérées comme libres, très peu le sont réellement. En effet, la plupart de ces places prétendues libres sont en fait occupées par des personnes en période d'essai. De 2017 à 2020, il est à noter une grande diminution du nombre de familles d'accueil qui est passé de 81 à 63. Des départs à la retraite, une cessation volontaire d'activité, retraits d'agrément ou non

renouvellement de l'agrément sont les raisons de cette baisse importante. Voici un tableau récapitulatif de ces données issues des informations transmises par le Conseil Départemental :

	31/12/2017	31/12/2018	31/12/2019	31/12/2020
Nombre de familles d'accueil agréées	81	79	73	63
Retrait(s) d'agrément	2	1	1	2
Non renouvellement d'agrément	1	0	0	1
1 ^{ère} demande agréée	1	1	0	1

Les départs à la retraite ou cessation d'activités n'apparaissent pas dans ce tableau et il peut aussi exister certains décalages du nombre de foyers agréés d'une année sur l'autre car certains accueillants peuvent être agréés en fin d'année et en activité effective l'année suivante.

Concernant la formation proposée par le Conseil Départemental des Pyrénées Orientales, elle est composée de trois phases :

-la formation aux premiers secours : assurée par le service départemental d'intervention et de secours (SDIS).

-la formation initiale : préalable au premier accueil, élevée à douze heures dans les six mois de l'agrément assurée par l'unité accueil familial et le service conseil médical. Les 42 heures restantes à faire dans les deux ans de l'agrément assurées par des opérateurs retenus dans le cadre d'un marché public dont les thèmes sont variés comme la fin de vie, le handicap, le juridique ou encore la communication.

-la formation continue qui s'élève à douze heures à chaque période d'agrément de cinq ans réalisée en fonction du recensement des besoins en formation assurée par des opérateurs retenus dans le cadre d'un marché public.

De 2017 à milieu 2020 le poste visant à programmer le suivi des formations était vacant. Il n'a donc pas été possible d'assurer l'obligation légale des formations durant cette période.

8. L'accueil familial dans la littérature

Le développement de ce dispositif d'accueil familial est soumis à l'implication et aux intérêts des Conseils Départementaux qui délivrent l'agrément. Malgré un souci d'harmonisation grâce à la loi de 2015 (13) sur l'adaptation de la société au vieillissement, une très forte disparité existe encore en terme de soutien, de pratiques et de répartition. A la Réunion ce dispositif connaît un essor important, le nombre de familles d'accueil y est parmi les plus élevés de France passant de 150 à 550 en moins de 20 ans (1998-2016). Une faible capacité d'accueil en institution, une volonté

culturelle de solidarité et d'entraide, une faible superficie à couvrir lors de déplacements, un investissement accru du Conseil Général avec plusieurs plans action (2007-2011 et 2013-2017) sont autant de possibles raisons permettant à ce dispositif d'être considéré comme un outil à part entière de la politique gérontologique (14).

Ce dispositif est aussi présent à l'international mais peu d'études l'évaluant sont disponibles ; et définir l'accueil familial est difficile en raison d'une multitude de dénominations possibles et d'un manque de standardisation. Les données suggèrent que les soins communautaires, incluant les familles d'accueil, amélioreraient la qualité de vie et les fonctions physiques mais seraient aussi liés à une augmentation du risque d'hospitalisation comparés aux soins en institution (15). Dans une étude transversale de 1991 menée dans l'Oregon aux États-Unis, les « *adult foster care* » ou foyers d'accueil pour adultes (résidence privée pouvant accueillir une à cinq personnes âgées et ou handicapées) sont comparés aux maisons de retraite. Les résultats ont montré que les deux dispositifs sont des alternatives viables pour les soins de longue durée, la première le plus souvent choisie pour son cadre familial, la deuxième pour ses programmes de réadaptation (16).

Un nombre encore plus restreint d'études donne la parole aux accueillants familiaux. Au Québec, ils sont nommés responsables des ressources de type familial qui historiquement accueillait une à neuf personnes atteintes de troubles mentaux graves (ils accueillent aussi maintenant des personnes âgées). Leur opinion avait été sollicitée au travers d'entretiens sur les changements relatifs de leur travail depuis la transformation des services (17).

En France, un mémoire de 2014, en s'appuyant sur la théorie de la sociologie compréhensive, s'est intéressé aux accueillants familiaux, à leurs pratiques en supposant qu'elles découlent de leur parcours de vie et de leurs représentations (sociales, culturelles, morales) au travers de 20 entretiens. Il s'est aussi demandé si des caractéristiques identitaires constantes émergent et s'il existe un « profil de l'accueillant ». Les accueillants agréés sont presque exclusivement des femmes de moyenne d'âge relativement élevée, d'origine modeste sinon pauvre et ont tous fait l'expérience du handicap ou de la dépendance pour eux ou leurs proches. Leur parcours professionnel est marqué par des ruptures, reconversions ou mobilités géographiques choisies ou subies (18).

Cette activité professionnelle est méconnue, contraignante et nécessite le respect d'un cadre juridique strict. Les difficultés liées aux conditions de travail et à la personne accueillie génèrent des attentes et des besoins en terme de solution de remplacement, d'échanges et de reconnaissance du métier (19). Ces résultats concordent avec ceux issus du rapport de la mission de réflexion sur le statut des accueillants fin 2008 qui rappellent le statut précaire et ambigu de l'accueillant ainsi que son besoin de valorisation de son activité (20).

Qu'en est-il aujourd'hui ? Qu'en est-il des accueillants familiaux ? Comment vivent-ils leur activité ? Qu'en attendent-ils ?

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'étude s'intéressant à leur vécu. L'objectif de la nôtre était d'explorer l'expérience vécue des accueillants familiaux de personnes âgées.

Méthodes

1. Méthode

Cette étude explorant le vécu, les ressentis, les postures des accueillants familiaux, une méthode qualitative paraissait la plus adaptée (21). En effet, cette dernière permet à la fois de comprendre le point de vue de la personne interrogée, ses comportements et pratiques ainsi que son environnement. Pour ce faire, nous avons réalisé des entretiens individuels semi-dirigés auprès des accueillants familiaux de personnes âgées à l'aide d'un guide d'entretien et d'une fiche de renseignements.

Ils ont été réalisés lors d'un créneau horaire dédié au domicile des accueillants familiaux.

Les verbatim qui en résultaient ont été analysés de manière phénoménologique. L'analyse « au fur et à mesure » était nécessaire pour établir le moment de la saturation des données (c'est-à-dire le moment où plus aucune nouvelle idée ne survient lors des nouveaux entretiens).

2. Population étudiée et recrutement

La population cible correspondait aux accueillants familiaux de personnes âgées dans le département des Pyrénées Orientales.

La population source était les accueillants familiaux de personnes âgées volontaires.

Le recrutement a été réalisé grâce à deux méthodes :

-par le biais du Conseil départemental et son service PAPH (Personnes Âgées et Personnes Handicapées). La liste publique des accueillants familiaux n'était pas disponible, une lettre d'information a donc été rédigée puis envoyée au Conseil Départemental qui l'a transmise par mail aux accueillants familiaux exerçant dans les Pyrénées Orientales. Ces derniers recontactaient par mail l'interviewer et ils convenaient ensemble d'un rendez-vous.

-par effet boule de neige, de proche en proche : les premiers accueillants familiaux interrogés ont donné des noms de collègues qu'ils savaient possiblement intéressés. Deux accueillants ont été recrutés ainsi.

Au total quatorze accueillants familiaux ont été recrutés et interrogés. La saturation des données après analyse des verbatim a été atteinte au douzième entretien effectué qui a été confirmée par deux entretiens supplémentaires.

3. Cadre réglementaire

Les recherches en médecine générale sont encadrées par la loi JARDE (21) : ne s'agissant pas d'un sujet sensible et ayant recours à un recueil de données auprès d'adultes, nous n'avons pas sollicité

d'avis au comité de protection des personnes (CPP). En revanche, le comité d'éthique du CNGE a émis un avis favorable. Nous sommes en attente de l'attribution du numéro RIB.

4. Période de l'étude et calendrier

Les entretiens ont été menés de fin mai 2020 à fin septembre 2020.

En raison du COVID 19 nous avons dû décaler le début des entretiens qui étaient prévus pour mars 2020.

L'analyse des verbatim s'est faite en continu, au fil des entretiens.

5. Recueil des données

a) Création du guide d'entretien

Nous avons abordé dans un premier temps les raisons les ayant poussés à choisir ce métier, puis sur les démarches requises pour acquérir ce statut.

Ensuite nous les avons interrogés sur leur pratique et l'impact que l'accueil de personnes âgées pouvait éventuellement engendrer. Nous avons aussi voulu aborder une situation marquante et leur ressenti vis à vis de celle-ci.

Enfin, nous avons questionné les apports de leur expérience en tant qu'accueillant.

Le guide d'entretien a été construit par les deux membres de l'équipe de recherche (thésarde et directeur de thèse) en adéquation avec la méthode d'exploration de l'expérience vécue (questions ouvertes, posture de recul phénoménologique). Il a été discuté et amélioré lors d'un atelier de thèse organisé par le DUMG de Montpellier Nîmes, avec les conseils d'une experte en recherche qualitative. Un premier entretien test a été réalisé à partir de ce guide auprès d'une accueillante familiale. Aucune modification n'a été effectuée suite à cet entretien.

Guide d'entretien

1/ Pourquoi avez-vous choisi d'être accueillant familial pour personnes âgées ?

Comment avez-vous découvert ce métier ?

Quelles ont été vos motivations ?

2/ Maintenant que vous avez expliqué les raisons de votre choix, comment ça s'est passé en pratique pour devenir accueillant familial ?

Comment se passent les démarches, les agréments ?

Comment avez-vous vécu ces démarches ?

3/ Vous accueillez en ce moment une (ou plusieurs) personne(s) âgée(s). Racontez-moi comment cela se déroule en pratique pour vous.

Comment vous organisez-vous ? qui vous aide ?

Comment conciliez-vous vie privée et vie professionnelle ?

Quelles sont les difficultés ?

4/ Racontez moi une expérience qui vous a marqué en tant qu'accueillant familial.

Comment cela s'est-il passé ? Quel a été votre ressenti à ce moment-là ?

5/Après ce que vous m'avez décrit, d'une façon plus globale que vous apporte cette expérience d'être accueillant familial ?

Qu'est ce qui a changé depuis ?

Qu'est-ce que ce métier vous a apporté ?

Quelles émotions ?

6/ Pour conclure, concernant ce thème de l'accueillant familial, que souhaiteriez-vous rajouter ?

b) Les entretiens individuels

L'entretien était enregistré grâce à un dictaphone après information et accord oral des accueillants familiaux participants. Le formalisme par une signature peut avoir un effet bloquant sur la suite de l'entretien. L'anonymisation des données recueillies au cours de l'entretien était précisée et explicitée au début de chaque entrevue.

L'entretien débutait par une courte introduction permettant de présenter l'interviewer, de rappeler le thème abordé ainsi que d'explicitier les modalités de l'entretien.

Le thème de recherche avait été présenté lors de la demande de rendez-vous.

Dans une optique de convivialité et de partage, quelques rafraichissements et des gâteaux étaient apportés mais finalement rarement consommés à ce moment-là en raison du contexte COVID. En effet, l'interviewer portait un masque pendant les entretiens et une distance de plus d'un mètre au minimum était respectée.

L'interviewer effectuait le recueil de données ainsi que la retranscription des entretiens. Cette retranscription reprenait mot à mot toutes les phrases de l'accueillant et de l'enquêteur enregistrées

sur le fichier audio ainsi que des indications en italique en parenthèses sur le langage non verbal (mimiques, ton de la voix, regard...).

A l'issue des entretiens les impressions de l'interviewer, ces éléments de contexte et de ressenti étaient joints à la retranscription.

6. Méthode d'analyse

a) Phénoménologique

Une approche phénoménologique par analyse sémio-pragmatique inspirée de Charles Sanders Peirce a été utilisée, justifiée par l'objectif d'explorer l'expérience vécue des accueillants familiaux.

b) Analyse du contenu

Selon Peirce trois catégories sont nécessaires et suffisantes pour rendre compte de toute l'expérience humaine (23) : celle de la Qualité (1), celle des Faits (2), celle de la Loi (3) en ayant des rapports de présupposition logique entre elles, 3 présuppose 2 qui présuppose 1.

Ainsi, une première étape consistait à analyser de façon thématique les verbatim puis de mettre en lien les éléments sémiotiques textuels et contextuels pour la catégorisation et une mise en ordre de premier niveau des éléments signifiants de Peirce, aboutissant à des catégories de premier niveau formées d'ensembles signifiants cohérents. Puis, par comparaison constante entre le texte, la question de recherche et les catégories de premier niveau, ont été obtenues des catégories conceptualisantes saturées. Enfin, une mise en ordre logique des catégories empiriques de Peirce permettait de restituer le sens et d'obtenir une proposition conceptualisante ou théorie substantive. Étaient repérées dans les verbatim, les phrases entrant dans la catégorie de 3 de Peirce, celle de la Loi, qui permettaient de faire ressortir les idées les plus fortes dans l'expérience des accueillants familiaux. A travers leurs propos, elles permettaient de faire émerger l'essence même de leur vécu.

Les catégories sémiotiques de Peirce

Qualité	faits	lois
Priméité 1 (qualisignes)	Secondéité 2 (sinsignes)	Tiercéité 3 (légisignes)
Sentiments, ressentis données sensorielles Qualités Formes Emotions	Constats Individuel Expériences Actions-réactions Actions réflexives Existence Être-au-monde	Généralités, Principes, normes, règles Synthèse, médiation Habitus, institutions Arguments symboles

c) **Triangulation des résultats**

L'analyse s'est effectuée au fur et à mesure des entretiens et confrontée pour une triangulation par le directeur de thèse. Dans un souci d'évoluer dans un cadre méthodologique rigoureux et validé pour les études qualitatives, la rédaction s'est basée selon les critères RATS *check list* (Annexe n°3).

7. **Moyens et partenaires**

Aucun avantage financier ou en nature n'a été demandé ni reçu par l'investigateur principal. Aucun conflit d'intérêt n'est à déclarer.

Les frais de déplacements ainsi que les collations apportées étaient à la charge exclusive de l'investigateur principal.

Résultats

1. Caractéristiques de la population étudiée

Les caractéristiques socio-démographiques de notre échantillon sont présentées dans le tableau 1. Cet échantillon n'est constitué que de femmes âgées de 32 ans à 61 ans avec une moyenne d'âge de 52 ans. La majorité exerçait auparavant un métier paramédical, est en couple avec des enfants qui ne vivent plus avec elle. Neuf ont été agréées dans les dix dernières années, cinq l'ont été avant 2010. Majoritairement, sont accueillies trois personnes, le plus souvent des personnes âgées, plus rarement une mixité personne âgée-personne handicapée. La durée moyenne des entretiens était de 49 minutes.

Tableau 1 : caractéristiques de la population étudiée.

Accueillant familial	Sexe	Age	Statut marital	Enfants	Ancienne(s) Profession(s)	Délivrance agrément (mixte dans les PO)	Accueille en ce moment	Durée entretien
AF1	F	48 ans	Concubinage	1	Aide à domicile, caissière	2005 pour 3	2 PA 1 PH	110 min
AF2	F	37 ans	Pacsée	2 présents	Diététicienne	2016 pour 3	2 PA 1 place libre	40 min
AF3	F	55 ans	Divorcée	4	Optique et soins palliatifs	2013 pour 2	2PA	52 min
AF4	F	60 ans	Mariée	2	Assistante dentaire	2007 pour 3	3 PA	30 min
AF5	F	54 ans	Mariée	1	Secrétaire de direction	2016 pour 2	2 PA	30 min
AF6	F	56 ans	Mariée	2	Auxiliaire de vie	2008 pour 3	2 PA 1 place libre	45 min
AF7	F	32 ans	Concubinage	0	Animatrice pour enfants, remplaçante AF	2018 pour 3	1 PA 1PH 1 en attente	45 min
AF8	F	55ans	Pacsée	3 présents	Auxiliaire de vie	2012 pour 3	2 PA 1 PH	56 min
AF9	F	59 ans	Mariée	2	Aide à domicile	2009 pour 2	1PA 1PH	40 min

AF10	F	55 ans	Mariée	2	Auxiliaire de vie	2014 pour 3	3 PA	23min
AF 11	F	51 ans	Divorcée	4	Cadre dans une société de recouvrement	2005 pour 2	1PH 1PA (avec troubles psy)	64 min
AF12	F	54 ans	Mariée	2 présents	Hôtellerie, restauration et commerçante	2010 pour 3	PA	45 min
AF13	F	57 ans	Divorcée	1	Gouvernante et auxiliaire de vie	2013 pour 3	3PA	44min
AF14	F	61 ans	Pacsée	2	Aide-soignante	2011 pour 3	3 PA	72 min

PA : Personne Âgée PH : Personne Handicapée AF : accueillant familial

2. Catégories émergentes

Les différentes catégories issues de l'analyse sémio-pragmatique sont les suivantes :

- Le choix initial pour devenir accueillant familial dépend d'un parcours personnel spécifique avec des expériences d'aide à la personne et une motivation d'améliorer sa vie professionnelle et familiale.

- Les qualités pour être aidant impliquent un profond engagement, une capacité d'organisation et une adaptation de sa vie personnelle et familiale. Les qualités humaines nécessaires sont entre autres : être sociable, empathique, dynamique, pragmatique et polyvalent.

-L'accueil familial grâce à l'intégration à la vie familiale de l'accueillant offre un accompagnement privilégié et personnalisé de l'accueilli pendant sa vie et lors de sa fin de vie.

-Estimés et valorisés par leurs accueillis, les accueillants ont le sentiment d'être utiles, d'être à leur place. Au travers d'échanges soutenus par une relation privilégiée, ils s'enrichissent mutuellement.

-En accueillant chez lui une personne étrangère, l'accueillant s'engage seul dans un présentiel permanent et perd en intimité. Il est soumis à des contraintes importantes tout en faisant face à la méconnaissance et à la dévalorisation de son activité par la société. L'accueillant doit également concilier les injonctions paradoxales exigeant son dévouement sans se lier à ses accueillis.

Les différentes propriétés de chaque catégorie ont été détaillées et illustrées par des extraits de verbatim encadrés. Selon la catégorie de Peirce, nous avons associé une couleur pour les extraits issus du (1) en vert, du (2) en bleu et du (3) en rouge. La catégorie (3) de Peirce contient du (2) et du (1), la catégorie (2) contient du (1).

a) Le choix initial pour devenir accueillant familial dépend d'un parcours personnel spécifique avec des expériences d'aide à la personne et une motivation d'améliorer sa vie professionnelle et familiale.

Ce choix reposait sur une motivation profonde et réfléchie engainée par une détermination forte :

« J'étais déterminée. » (E1)

« On se lance pas comme ça en dilettante parce que, parce qu'on sait quoi faire d'autre. » (E2)

« J'ai su que ça existait donc ça m'a toujours, c'est toujours resté dans un coin de ma tête. » (E8)

« C'était ma voie, je me suis projetée quoi. » (E13)

« Mais parce que je savais que j'allais le faire. Je le savais. Je savais que c'était pour moi de toute façon. » (E14)

L'accueillant familial possédait déjà une expérience de prise en charge de la personne âgée de par son vécu personnel ou professionnel.

Que ce soit d'être conditionné par sa culture, par le résultat de son éducation ou lié par des relations familiales étroites, il avait l'habitude de prendre soin d'une personne âgée :

« Disons que j'avais l'habitude de garder euh ma grand-mère depuis des années donc euh moi c'était pas quelque chose, c'était pas un problème. » (E5)

« Et voilà ça me paraissait évident, j'ai grandi dans ce contexte-là et euh et cette éducation de, de garder les parents et les grands-parents jusqu'à la fin de leur vie. » (E8)

Certains ont côtoyé le monde de l'accueil familial au travers de leurs parents eux-mêmes accueillants familiaux ou en tant que remplaçants :

« Après je pense qu'il faut l'avoir vécu personnellement pour ses grands-parents ou ses parents pour pouvoir voilà. » (E7)

« Déjà ma maman était famille d'accueil, je connaissais le métier puisque ma maman travaillait dedans. » (E11)

S'appuyant le plus souvent sur les bases de son expérience professionnelle paramédicale passée qui facilite, par ailleurs la transition, devenir accueillant familial était majoritairement le fruit d'une reconversion :

« Après moi j'étais déjà dans le métier, les gens qui arrivent comme ils disent entre guillemets sur « le marché de l'agrément » si elles étaient fleuristes, ou je sais pas moi je vais vous dire une bêtise fleuriste euh vendeurs en chaussures, elles ont pas tous ces trucs-là. Nous on les avait déjà, moi l'aide à la personne je le faisais déjà depuis un bon moment. » (E3)

« Déjà parce que je travaillais avec des personnes âgées, avec un public âgé et tout. » (E13)

Le manque d'épanouissement professionnel, la sensation d'avoir atteint les limites de son métier motivaient la reconversion en tant qu'accueillant familial :

« J'en avais ras le bol de, de faire du domicile et de ne pas avoir le temps de m'occuper des personnes comme il faut, de pas leur laisser le temps de, par exemple leur donner à manger, faire les courses, on était toujours euh, enfin, c'est trop limité le temps. » (E10)

« J'ai fait un remplacement dans une famille d'accueil, et j'ai, trois jours, elle était en formation c'te dame, j'ai dit « c'est ça que je veux faire, c'est ça que je veux faire. » (E10)

« Ca a été une reconversion. » (E11)

La recherche d'une meilleure qualité de vie conditionnait également le choix.

Devenir accueillant familial accordait plus de disponibilité pour élever ses enfants :

« *Quand j'ai eu ma fille j'ai essayé euh d'avoir un emploi qui me permettait de passer du temps avec elle parce que je ne voulais pas avoir euh un enfant mais que ce soit quelqu'un d'autre qui l'élève.* » (E1)

« *Je peux élever mes enfants aussi à mon domicile.* » (E7)

« *Donc j'ai pris un métier où je pouvais être avec mes enfants.* » (E11)

« *J'avais aucune envie de pas les élever, et donc je me suis posé la question à savoir qu'est-ce que je pouvais faire pour pouvoir profiter de mes enfants.* » (E12)

Cette activité professionnelle permettait également de travailler de chez soi :

« *Je voyais pas beaucoup de qualités si ce n'est d'être à la maison avec mes enfants quoi.* » (E11)

« *Alors de chez toi tu vas être épanouie tu travailleras à ta façon.* » (E13)

De même, être accueillant familial offrait une rémunération qui permettait une autonomie financière :

« *Et puis avoir, être autonome et voilà.* » (E11)

« *Parce que euh même si, même si euh je sais pas s'il faut en parler, même le côté financier me va bien.* » (E14)

L'accueillant souhaitait également transmettre des valeurs morales à ses enfants, comme le partage, le vivre ensemble dans le respect des aînés :

« *Ouais c'est quelque chose de logique de vivre avec plusieurs générations euh euh ...sous le même toit. J'avais aussi envie d'inculquer à mes enfants ces valeurs-là.* » (E2)

Aussi, le choix de devenir accueillant familial était imposé par le contexte de vie :

« *Donc en fait j'ai toujours baigné dedans et puis euh et puis, et puis la vie fait que, j'étais cadre, je voyageais beaucoup, j'ai divorcé, j'ai élevé quatre enfants donc euh solution de repli.* » (E11)

« *Ca pas été forcément un choix.* » (E11)

- b) Les qualités pour être aidant impliquent un profond engagement, une capacité d'organisation et une adaptation de sa vie personnelle et familiale. Les qualités humaines nécessaires sont entre autres : être sociable, empathique, dynamique, pragmatique et polyvalent.**

Être accueillant familial était une activité professionnelle solitaire qui nécessitait une implication importante ainsi qu'un fort présentiel afin d'assurer constamment une sécurité physique et mentale des accueillis :

« Parce que nous notre impératif et ça c'est une obligation si on s'en va de la maison obligatoirement quelqu'un qui doit être là avant qu'on s'en aille(...) on nous confie des personnes euh on leur doit euh une sécurité physique mais mentale aussi d'ailleurs. » (E1)

« Y'a beaucoup de présentiel dans ce métier-là. » (E2)

« On est seul. » (E3)

« Parce qu'il faut en vouloir c'est vrai. C'est du 24 sur 24. » (E3)

Non à la portée de tout le monde, ce profond engagement relevait de la passion voire du sacerdoce :

« C'est une implication quand même. » (E2)

« C'est un sacerdoce hein. C'est pas un boulot qu'on prend comme ça. C'est, le 24 heures sur 24 on vit avec eux. » (E3)

« C'est une passion je pense voilà. » (E7)

« Comme j'ai dit c'est une vocation, c'est, c'est...il faut que je, je, je sois, que j'aide les personnes, que voilà, leur rendre service, les soigner » (E9)

« Puis de toute façon on peut pas le faire ce métier si on aime pas ça, on peut pas le faire, c'est trop de contraintes, trop de soucis, trop de... » (E10)

« Je pense que, aujourd'hui encore si je le fais euh c'est devenu une vocation. » (E11)

L'accueil familial requerrait également une organisation rigoureuse à la fois dans sa gestion afin de gérer au mieux le quotidien mais également afin de permettre à l'accueillant de s'octroyer des moments de repos et d'intimité.

L'accueil familial répondait à des règles qu'il fallait faire respecter, il était donc nécessaire d'encadrer le quotidien pour qu'il se déroule dans les meilleures conditions possibles :

« Savoir cadrer, savoir être souple en même temps euh être beaucoup à l'écoute et moi ce que je fais c'est que j'ai un temps individuel pour chacun. » (E1)

« Donc euh, après c'est une organisation, faut être organisé hein. Pour moi dans ce métier-là, il faut être organisé. » (E7)

« On est avec ces personnes 365 jours par an H24, donc il fallait fixer des règles. Déjà des règles pour elles, pour la maison, pour le bien-être de la famille. » (E11)

« De l'organisation. Beaucoup d'organisation. Beaucoup beaucoup d'organisation. » (E12)

Aussi, ceux résidant avec l'accueillant et les accueillis devaient présenter un front uni ; ainsi le ou la conjoint(e) partageait la même vision de l'accueil. Cette activité professionnelle impactait toute la famille de l'accueillant, il fallait donc qu'elle y consente :

« Et il faut que toute la famille soit, soit d'accord pour accueillir une personne hein. Si un des membres ne veut pas c'est pas possible. Hum. » (E9)

« Faut avoir la fibre parce que c'est 24 heures sur 24 donc faut aimer ça quoi. Voilà moi ça a été un choix libéré, délibéré, réfléchi, conseil des familles euh ça pas été fait comme ça. » (E6)

« Et puis avec mon mari on est bien d'accord, on est bien, ça ça.... c'est très important. Et on a intérêt à bien s'entendre. Parce que si, si le couple il va pas bien...ça ne peut pas marcher. » (E10)

« Après c'est vrai que euh au niveau, au niveau du couple, euh il, il ne faut pas se disputer. (E14)

Avec la présence permanente d'accueillis chez eux, il n'était pas aisé pour l'accueillant de concilier sa vie privée et sa vie professionnelle. Il devait donc s'organiser en conséquence afin de s'octroyer des temps pour lui et sa famille et/ou un espace réservé. Le remplacement était un des moyens utilisé. Cette compartimentation était essentielle à l'accueillant :

« C'est la seule chose qu'il faut ben euh, pour moi, pour dissocier vie privée et vie professionnelle c'est euh voilà d'avoir un espace à soi(...).Voilà que je puisse me retrouver, avoir une petite pièce pour nous en fait. (E7)

« C'est important de se retrouver, de parler, deDe couper un peu ce quotidien quoi. » (E7)

« J'ai besoin aussi d'écouter mes enfants, d'être avec mes enfants, d'avoir une vie de famille. » (E11)

« Alors vie privée et vie professionnelle, moi. Alors, moi j'ai, nous on a, on a, on a trouvé un certain équilibre en fait, c'est les remplacements. » (E14)

L'accueillant familial devait disposer de certaines qualités humaines jugées indispensables comme l'empathie, la sociabilité, le dynamisme, le pragmatisme et la polyvalence :

« Qu'il faut avoir euh euh ce contact, facile, facile euh mais en étant, en sachant donner des directives ». (E1)

« C'est vrai que c'est un boulot où il faut, il faut avoir la pêche. Faut être patient, faut avoir la pêche. » (E5)

« J'ai dit la base du métier c'est regarder, écouter. Voilà, ça c'est les deux choses vraiment fondamentales pour bien réussir son travail(...). Si tu fais ça tu as 50% du boulot qui est fait. Après tu fais le reste. » (E6)

« Donc il faut vraiment être solide et avoir les pieds sur terre. » (E8)

« Il faut du temps et euh.....il faut beaucoup de patience. » (E8)

« On fait un peu tous les, tous les métiers quoi. » (E9)

« Ah je pense que les familles d'accueil on a toutes du caractère (...). C'est un métier où on prend du caractère. » (E13)

c) L'accueil familial, grâce à l'intégration à la vie familiale de l'accueillant offre un accompagnement privilégié et personnalisé de l'accueilli pendant sa vie et lors de sa fin de vie.

A. Un accompagnement personnalisé

L'accueil était un accompagnement personnalisé et volontaire de l'accueilli qui, grâce à des stimulations cognitives, physiques et sociales, va retrouver et/ou conserver un dynamisme le plus longtemps possible.

En effet, le faible effectif d'accueillis permettait un ratio accueillant/accueilli favorable pour une prise en charge individualisée, chaque accueilli étant différent, ses besoins, ses capacités, ses envies l'étaient donc également :

« Donc euh voilà, je peux avoir cette chance-là de un petit peu m'adapter aux besoins de pour revenir à l'emploi du temps en fait voilà c'est au cas par cas. » (E1)

« Mais on a cette chance en tant qu'accueillante de pouvoir les chouchouter. Voilà, de faire en fonction de la personne, de son humeur, de son état de santé de tout ça. Donc euhhhh ça pour moi c'est un gros avantage. » (E7)

Les besoins et l'accueil en termes d'encadrement pouvaient évoluer avec le vieillissement et la maladie :

« On a réussi l'accueil jusqu'au moment où ben de toute façon ehh c'est comme tout le monde on va s'apercevoir que petit à petit y'a des choses qu'ils ne peuvent plus faire parce que ben y'a le vieillissement qui est là et voilà. » (E1)

« Et puis euh, et puis quand on accueille une personne euh, la maladie euh elle...Elle évolue. Elle évolue. Et puis ils sont pas tout jeunes, ils sont quand même euh ce sont des personnes qui sont entre guillemets en fin de vie donc euh voilà. » (E9)

L'accueil familial offrait une prise en charge plus individualisée qu'en structure. Une sélection des accueillis était effectuée afin d'obtenir une compatibilité maximale avec l'accueil proposé par l'accueillant :

« J'ai travaillé en structure aussi hein mais voilà l'accueil familial c'est plus cocooning euh et puis c'est plus calme quoi. » (E7)

« Je me suis retrouvée seule c'était pas prévu (...) maintenant je prends des accueillis qui peuvent rentrer dans ma voiture, où on peut faire des choses, qui peuvent sortir le dimanche en famille et après le soir ils reviennent. » (E13)

L'accueil familial apportait beaucoup aux accueillis avec notamment une stimulation cognitive physique et sociale au travers d'activités rééducatives volontairement acceptées :

« Chez les enfants on va éduquer, nous on fait de la rééducation. » (E1)

« Ils retrouvent une vie sociale ils retrouvent un dynamisme euh une dynamique dans leur vie dans leur quotidien en fait. Tant qu'on a ça tant qu'on arrive à leur apporter ça voilà euh je pense que on a réussi on a réussi l'accueil en fait. » (E1)

« Euh il faut arriver à les tirer vers le haut un maximum le plus longtemps possible. Moi mon objectif il est là. » (E1)

Les accueillants faisaient en sorte que leurs accueillis s'épanouissent et que leur famille en soit témoin :

« C'est important quoi de, de rendre une personne on va pas dire heureuse on va pas exagérer quoi mais sereine quoi. » (E5)

« Je sais pas faire ça, moi il me faut les voir. Donc euh je suis faite comme ça voilà. C'est...C'est ...Je trouve que c'est ça la vie, c'est ça la famille. C'est pas que l'argent. (E6)

« Ils sont bien et c'est tout, le reste j'm'en fou. » (E10)

B. Un accompagnement en fin de vie

Être accueillant familial c'était être présent pour son accueilli, l'aider, rompre sa solitude et l'accompagner pendant sa vie y compris lors de sa fin de vie :

« Et donc euh on l'a accompagnée jusqu'au bout. Elle est décédée ici. Donc là c'est une satisfaction en plus. Pour moi la boucle est bouclée, on a fait tout ce qu'on pouvait, humainement possible pour que, pour qu'elle ait une vie douce, enfin etc et qu'elle meure avec nous. » (E6)

« Après j'trouve que leur éviter l'isolement c'est énorme ! Énorme. » (E6)

« C'est quelque chose d'important. De très important. De ne pas mourir seul. » (E6)
« Il en faut pour tous. Je pense que l'accueil familial c'est ça. Les accompagner jusqu'au bout, les aider jusqu'au bout(...). Mais essayer, faire, au moins essayer. Voilà. » (E6)

C. L'accueilli est intégré dans la vie de famille de l'accueillant

L'accueilli à travers le partage de la vie familiale de l'accueillant était intégré socialement :

« Je trouve que c'est ça la vie, c'est ça la famille. C'est pas que l'argent, même si...bien sûr c'est mon métier mais c'est pas des boîtes de conserve qu'on range. C'est des gens...voilà. » (E6)
« On les considère comme un membre de la famille voilà. » (E7)
« C'est vraiment une histoire de famille, c'est euh...tout le monde euh, quand y'a une joie, y'a une joie pour tout le monde. » (E10)
« On vit avec eux c'est, c'est comme si on vivait avec sa maman ou sa grand-mère. » (E13)

Ce partage de la vie de l'accueillant offrait l'opportunité de nouer une relation unique entre accueillant-accueillis :

« Parce que plus on va les connaître euh plus on va savoir quoi leur apporter, plus on va savoir ce qu'ils ont besoin ce qui peut leur faire plaisir euh. » (E1)
« Ils comptent tous pour moi. Y'en a pas un qui remplace l'autre voilà. Moi ils sont tous différents. » (E6)
« Tout le monde a son petit rythme, on les connaît très très bien donc euh. » (E12)

d) Estimés et valorisés par leurs accueillis, les accueillants ont le sentiment d'être utiles, d'être à leur place. Au travers d'échanges soutenus par une relation privilégiée, ils s'enrichissent mutuellement.

A. Une activité professionnelle gratifiante

L'accueil familial était une activité professionnelle gratifiante et enrichissante intellectuellement et humainement grâce à un apprentissage permanent au travers de la relation accueillant/accueilli. Elle concourait au bien-être personnel et professionnel de l'accueillant.

L'accueil familial apportait une satisfaction et une gratification professionnelles qui mènent vers un épanouissement personnel et le bien-être :

« C'est une satisfaction personnelle dans le sens où on prend soin des gens où on euh on est euh capable de les accompagner au quotidien de gérer leurs problèmes, de faire en sorte que leur vie euh revienne à une normalité la plus possible en fait (...) Oui c'est gratifiant c'est une satisfaction et on se dit bon ben on a fait quelque chose de bien. Oui qu'on a fait quelque chose de bien c'est une satisfaction personnelle énorme, énorme. » (E1)

« Finalement j'ai trouvé un sens à ce métier c'est qu'on a une reconnaissance directe. » (E2)

« J'aime quand j'ai, bon quand c'est, quand j'ai réussi à faire euh à faire quelque chose d'harmonieux quoi, voilà. » (E5)

« Je suis contente quoi de euh c'est quand même pour moi c'est important quoi de, de rendre une personne on va pas dire heureuse on va pas exagérer quoi mais sereine quoi, bien dans sa peau. » (E5)

« Donc là c'est une satisfaction en plus. Pour moi la boucle est bouclée, on a fait tout ce qu'on pouvait, humainement possible pour que, pour qu'elle ait une vie douce, enfin etc et qu'elle meure avec nous. Ça c'est vraiment...ça fait presque partie du bien-être. » (E6)

L'accueillant familial exerçait une activité qui lui correspond, il se sentait donc utile et valorisé :

« Ouais cette sensation d'être utile en fait, que dans d'autres métiers on aura pas. » (E7)

« Il faut que je, je, je sois, que j'aide les personnes, que voilà, leur rendre service, les soigner, les, voilà. » (E9)

« Ah tout. Moi j'adore le.... j'ai toujours eu la notion de service hein, ça m'a toujours plu (...)et puis j'ai l'impression de servir à quelque chose quoi c'est euh c'est voilà on sait pourquoi on le fait. » (E12)

B. Une activité professionnelle enrichissante

Les échanges entre l'accueillant et l'accueilli leur étaient mutuellement profitables et leur permettaient de s'enrichir intellectuellement :

« Et ça c'est enrichissant puis c'est vrai que ce que eux peuvent vous apporter comme petites réflexions, les habitudes qui ont euh raconter ce que eux ils ont vécu aussi, parce qu'y en a, qui sont, qui sont riches d'enseignement, qui vous apprennent beaucoup de choses : la vie comment elle se passait avant, la culture générale euh sur les voyages qui ont pu faire ...c'est un échange permanent en fait. » (E1)

« C'est une profession qui est très très riche, très très riche, on apprend tout le temps, on apprend tout le temps. » (E1)

« Mais voilà on apprend des choses, du métier, de la vie voilà. Ca c'est....la plus belle chose je pense. Qu'on apprend mais de tout et de tout le monde euh on en apprend tous les jours. » (E7)

Ces échanges ne se limitaient pas qu'à leur portée intellectuelle ; la relation accueillant-accueilli ou avec les familles des accueillis étaient riches d'enseignement tant sur le plan social qu'au niveau affectif :

« C'est stimulant pour nous parce que , et puis euh on apprend beaucoup parce que on apprend sur l'humain, on apprend sur des rapports humains. » (E1)

« Voilà, elles sont même devenues mes amies, les familles. Les amis se sont agrandis là ça c'est...(…). Je garde toujours le contact ». (E4)

« Ce que ça m'apporte ben oui comme je vous disais euh le fait euh cette reconnaissance surtout avec les personnes âgées, un petit sourire, un petit bisou, un petit câlin, c'est très social, c'est très convivial. » (E7)

« Ca m'apporte de l'amour, puisque c'est beaucoup d'amour avec les personnes âgées, surtout avec les personnes âgées. » (E7)

Ces valeurs partagées de respect et de tolérance pouvaient se transmettre à la jeune génération :

« Mes enfants ne regardent pas le handicap comme euh une barrière, pour eux c'est des gens normaux(...) ils déconnet y'a pas de handicap, y'a pas de barrières, pas devoilà. C'est le côté positif que je trouve euh de mon métier par rapport à ma famille. » (E11)

C. Un confort de vie

L'accueil familial permettait à l'accueillant de jouir d'une certaine qualité de vie, d'un certain confort. Il travaille chez lui et organise ses journées dans une relative liberté :

« Une sérénité parce que du coup on est chez nous et ça a pas de prix je crois. » (E7)

« Un confort de vie on va dire enfin, un confort de vie oui. » (E8)

D. Un accueillant entouré

L'accueillant travaillait en autonomie avec ses accueillis mais cela ne voulait pas dire qu'il le faisait complètement seul.

Dans leur activité les accueillants familiaux collaboraient avec le Conseil Départemental qui les soutenait et encadrait l'activité :

« Ben après sinon avec le Conseil Départemental moi j'ai rien à dire quoi c'est à dire...je les considère comme, comme un outil de travail. » (E5)

« Ah oui parce qu'on est vraiment bien entouré y'a vraiment une équipe médico-sociale qui est très à l'écoute euh on se sent euh, on se sent considéré comme accueillante et y'a un bon suivi même pour les accueillis. Un bon suivi. » (E7)

Les accueillants s'entouraient de personnes de confiance, que ce soient les remplaçants ou l'équipe médicale et paramédicale regroupés autour de l'accueilli :

« Qu'il est hyper important de savoir s'entourer euh d'une équipe. » (E1)

« On est seul d'où l'intérêt quand c'est possible de travailler avec la même équipe, médecin même infirmier etc pour avoir un appui sur euh le travail qu'on fait au quotidien et sur ce que eux ils peuvent voir aussi. » (E1)

Mais aussi des échanges s'étaient noués entre les accueillants familiaux qui formaient ainsi une communauté soudée favorisant l'entraide et le partage :

« On se connaît toutes très bien, où forcément on communique on est un peu en réseau. » (E12)

« Ah ben nous les résidents on les a tous de, on les a par téléphone, entre nous, entre collègues. » (E13)

« Puis après entre nous, parce qu'on a un petit réseau, si y'en a une qui sait plus quelque chose, qui a besoin d'un renseignement on se...Bien sûr on s'entraide. Y'a toujours quelqu'un qui va aider l'autre. » (E14)

- e) **En accueillant chez lui une personne étrangère, l'accueillant s'engage seul dans un présentiel permanent et perd en intimité. Il est soumis à des contraintes importantes tout en faisant face à la méconnaissance et à la dévalorisation de son activité par la société. L'accueillant doit également concilier les injonctions paradoxales exigeant son dévouement sans se lier à ses accueillis.**

A. Les limites de l'accueil familial

L'accueil familial était une activité contraignante nécessitant un présentiel permanent et une très forte implication. L'accueillant accueillait chez lui, dans son intimité une personne qu'il lui fallait apprendre à connaître et dont il avait la charge. Parfois l'accueil se révélait être trop compliqué ou éprouvant pour l'accueillant qui ne pouvait gérer son accueilli et ses pathologies. Il devait donc mettre un terme à l'accueil.

Malgré cet engagement profond de l'accueillant, l'accueil pouvait se révéler compliqué et éprouvant : difficultés relationnelles avec l'accueilli ou sa famille, incompatibilité de l'accueil familial avec l'accueilli qui requérait des soins lourds, échec de la relation accueillant-accueilli...L'accueillant devait parfois mettre un terme au contrat :

« Moi je vais vous dire mon avis, ces personnes-là moi je les connais, vaut mieux pas, c'est pas pour une famille d'accueil et tout. » (E4)

« Mais y'a pas de place dans les structures donc ils placent en famille d'accueil mais c'est pas leur place. » (E8)

« Donc voilà après je vous cache pas que c'est compliqué euh de vivre ensemble hein. (...) Bon après dans la réalité je me suis très vite aperçue que euh le....comment ils appellent ça? L'intergénérationnel ne fonctionne pas vraiment....quand les enfants sont jeunes, même ados. Non non, ça c'est utopique. » (E12)

« Et en fait on commence à nous faire douter un peu...c'est dur hein les familles d'accueil. Moi je vous le dis c'est dur. » (E13)

Accueillir des personnes chez soi et en prendre soin était une activité professionnelle contraignante :

« Et puis de toute façon on peut pas le faire ce métier si on aime pas ça, on peut pas le faire, c'est trop de contraintes, trop de soucis, trop de....euh tout ça on peut pas le faire si on est pas...si on aime pas notre métier quoi. » (E10)

« Je veux dire on donne quand même ça nous tombe pas du ciel quoi, c'est des contraintes importantes. » (E12)

L'accueillant devait assurer constamment une obligation présenteielle il n'était donc pas libre de ses mouvements. Il était tributaire d'autres personnes pour ses déplacements (remplaçant, ami...) :

« Vous êtes toujours tributaire de quelqu'un. » (E3)

« Et oui ben y'a les contraintes de l'école. Comment vous faites quand vous devez emmener votre fils à l'école ou votre fille aller les récupérer à midi ou le soir vous allez pas prendre une remplaçante à chaque fois ça va vous coûter mais une fortune. » (E3)

« Je peux regarder un côté négatif négatif si je veux hein, je peux pas sortir de la journée quand je veux à la minute où je le veux. » (E14)

Ce présentiel permanent était pesant pour les accueillants qui travaillaient seuls chez eux. Paradoxalement ce qui apparaissait comme un avantage était aussi une contrainte :

« Parce qu'à la base les accueillantes elles sont toutes seules chez elles. Donc là c'est contraignant là. » (E7)

« Après oui c'est contraignant, on est chez nous. » (E7)

« Ben les contraintes quand même de rester à la maison, les contraintes il faut toujours faire le ménage, il faut toujours faire à manger. » (E10)

« Alors ça c'est, c'est une difficulté aussi, la difficulté c'est ça, c'est quand même que on est à la maison. » (E14)

L'accueillant familial accueillait une personne étrangère chez lui qu'il lui faut apprendre à connaître :

« Donc, ben voilà, on fait l'essai et voilà ça va, ça va pas, et on avance, on avance comme ça hein. » (E9)

« Mais là d'accueillir une personne euh étrangère euh on peut dire euh ça m'a fait drôle de la voir déambuler dans la maison. » (E9)

« C'est une difficulté d'accueillir des familles, qu'on connaît pas euh....il faut que ça se passe bien parce que si ça se passe pas bien l'accueil ne peut pas se faire. » (E14)

L'accueillant devait également accueillir chez lui toutes les personnes intervenant auprès de son accueilli que ce soient les kinésithérapeutes, les infirmiers, les médecins, les familles des accueillis... Cela pouvait engendrer beaucoup de passages chez l'accueillant qui perdait en tranquillité et en intimité :

« Y'avait beaucoup de monde chez moi et tout ça. Côté intrusion, des gens chez moi et tout ça, c'est pfft ça me dérange pas du tout quoi, enfin c'est...C'est pas un moulin mais y'a beaucoup de gens qui passent, y'a les infirmiers, y'a les kinés, y'a le médecin, y'a, y'a les familles, tout ça, ça il faut, c'est quelque chose à appréhender, c'est, c'est pas évident. » (E5)

« Voilà. Parce que, elles ont le droit d'ouvrir un tiroir ça je dis pas que non mais c'est chez moi. C'est un peu dur des fois, voilà.. (E14)

« Mais même si c'est des infirmiers il faut qu'on sache que s'ils viennent chez toi c'est pas chez eux. C'est pas chez eux non plus c'est chez moi qui viennent les gens.(...) c'est ça qui est compliqué en fait aussi ça c'est une difficulté. » (E14)

L'accueillant avait également ses propres limites, comme il travaillait seul il se devait de prendre des accueillis qu'il était en mesure de gérer et de prendre en charge.

« Voilà j'ai appréhendé, je sais que c'est limité, qu'on peut pas, qu'on est pas des magiciens et que on pourra voilà. Bon je me laisse deux mois voilà, le temps que le médecin essaye... » (E5)

« J'dis bien aux gens en amont, je leur explique que la famille d'accueil ça peut avoir des cotés très positifs mais y'a des limites c'est à dire que si la personne on arrive pas à la stabiliser au niveau de la nuit, si elle est trop agressive et tout ça, on est pas dans une structure EHPAD, y'a pas de relève quoi. » (E5)

« Qu'il faut en accueil familial des personnes qui dorment parce qu'y'a pas une équipe après qui, qui qui suit comme dans une structure. » (E7)

« Ou des personnes qui sont rentrées en, en maison de retraite parce que oui oui c'était ingérable. » (E10)

Aussi, accueillir une personne était différent que d'accueillir une personne malade. Les accueillants familiaux étaient confrontés aux différentes pathologies de leurs accueillis et la plupart du temps étaient insuffisamment préparés à y faire face :

« Y'a pas vraiment desauf s'ils sont euh s'ils sont malades. » (E8)

« Dans l'accueil euh des difficultés euh ben c'était surtout des....des pathologies parce qu'on était, j'étais pas....prête du tout psychologiquement à, à, à recevoir des personnes ou schizophrène ou Alzheimer. » (E9)

« Ils devraient, ils devraient quand on a l'agrément qu'on ait toute les formations sur les pathologies euh sur l'alimentation euh sur tout parce que bon, on est pas du tout, on est pas du tout apte à....on découvre, on va découvrir au fur et à mesure. » (E9)

Assister à la souffrance de ses accueillis était un autre versant de la maladie qu'il était difficile d'appréhender :

« C'est une difficulté quand même c'est la maladie, la souffrance. Ça, je ne tolère pas la souffrance. » (E10)

Une pathologie en particulier mettait à rude épreuve les accueillants : la maladie d'Alzheimer. Confrontés à celle-ci, ils se sentaient démunis et désarmés:

« Ça m'a passé mais euh ça fait drôle quand on a pour la première fois une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer parce que là, on sait pas comment s'y prendre. » (E9)

« L'Alzheimer c'est très dur à comprendre. Même si on veut les aider on sait pas comment faire. Ça c'est euh ...c'est un souci quoi. » (E10)

Le contexte COVID n'avait pas facilité l'accueil familial. L'insécurité des accueillants s'était renforcée, les conditions de l'accueil avaient été plus éprouvantes que d'habitude.

Les accueillants avaient le sentiment d'avoir été laissés de côté, confinés avec leurs accueillis sans directives ni soutien :

« Ça pas été facile, parce que pendant le confinement pas de visites pas de sorties, voir personne, voir euh c'était mon mari qui allait faire les courses euh non ça a été dur. Ouais ça a été dur. » (E9)

« Pas enfin de problème particulier, là pendant le Corona y'en a un petit peu plus. » (E13)

« Ben là avec le Corona on en pas, on est confiné avec eux. » (E13)

« Que le Conseil Général il devrait nous donner plus d'infos. Franchement on est, on a été un peu laissé tomber pendant le confinement. » (E13)

Les mesures sanitaires inhérentes au COVID empêchaient les accueillants de prendre un nouvel accueilli, s'ils se trouvaient avec une place de libre ils ne pouvaient donc pas la combler. C'était un salaire en moins pour eux et ils risquaient ainsi de plonger dans la précarité financière. Ils ont été aussi exclus de la prime COVID promise par l'État aux professionnels de la santé :

« Si des fois on pouvait....pendant le COVID on avait pas le droit d'accueillir quelqu'un. De prendre quelqu'un on avait pas le droit, donc si on perdait quelqu'un on avait quand même un salaire en moins. » (E10)

« On a pas de reconnaissance, on a pas eu droit à la prime, alors on est un peu, on est toutes un peu dégoutées. » (E13)

B. Un soutien difficilement accessible et accepté

En cas de litige ou de problème l'accueillant familial pouvait faire appel au Conseil Départemental. Cependant ce dernier était difficilement accessible et l'aide possiblement apportée était redoutée par les accueillants familiaux.

L'accueillant familial était parfois face à des difficultés ou des situations problématiques. Il demandait alors une aide au Conseil Départemental, cependant ce dernier était difficilement joignable :

« On aimerait bien parler, on a des problèmes des fois. » (E3)

« Mais après quand on a besoin d'aide qu'ils soient là aussi et ça par contre on les voit jamais. On me répond « j'suis pas là aujourd'hui », mais moi j'suis là aujourd'hui, j'suis là en train de bosser moi. » (E6)

« Oui parce qu'on l'a que, que par email parce que sinon c'est impossible et euh et ouais ouais et quand on veut quelque chose c'est....quinze jours après, ou bon c'est trop tard on a déjà fait. » (E9)

Paradoxalement cette aide était redoutée par les accueillants familiaux. Le Conseil Départemental détenteur de l'autorité dans l'accueil familial, pouvait offrir des solutions ; cependant, parfois, le remède était pire que le mal. L'accueillant vivait en permanence avec la crainte de se voir retirer son agrément du jour au lendemain pour la moindre incartade ou faute :

« Beaucoup moins dans le sens où voilà on est épié par le Conseil Départemental, on a toujours peur de faire une bêtise, moi je me sens beaucoup moins à l'aise qu'au départ de mavoilà. » (E6)

« Et euh que voilà pour des choses des fois insignifiantes vous risquez votre agrément pour des choses euh très, très, très, j'veux dire sans importance, qui sont pas graves du tout et....et voilà. » (E8)

« C'est, c'est un métier à haut risque (...) parce qu'on a tout le monde sur le dos. C'est pas qu'on doit rendre des comptes, c'est une question qu'on est menacé à tout moment, on est une épée au-dessus de la tête. » (E13)

« Mais j'veux dire que, que les peines sont violentes par rapport aux faits quoi. Voilà Voilà. » (E13)

L'accueillant familial se sentait stigmatisé par le Conseil Départemental qui était toujours prompt à le juger et le condamner :

« J'aimerais bien qu'ils m'écoutent. » (E6)

« Ils ont que ce mot à la bouche, maltraitance. Maltraitance. J'dis « mais mince on est avant tout d'être maltraité on parle de maltraitance, y'a un métier. » (E11)

« Ca fait peur parce qu'on se dit mais vraiment ils doivent nous croire qu'on, qu'on frappe euh, c'est pas plus, pas pire, pas moins qu'un EHPAD mais modèle réduit quoi. » (E11)

« Que je disais, on est tout de suite accusé et ils, ils, ils, ils font pas le tour quoi, ils regardent pas, c'est tout de suite la famille d'accueil. » (E11)

« Oui oui ils se remettent pas en question, ils seront toujours les victimes, on sera toujours les agresseurs même si c'est pas ce qui se passe. » (E11)

« J'ai beaucoup de reproches à faire au Conseil Départemental.....dans la manière de nous gérer en fait où on a vraiment l'impression d'être tout le temps « fliqué » jamais jamais aidé, voilà. » (E12)

« Je crois qu'on nous aime pas trop en fait au Conseil Général. Je crois que c'est politiquement correct de dire qu'il y a des familles d'accueil mais ils aiment pas trop nous gérer. » (E12)

L'employeur des accueillants familiaux était l'accueilli, or c'est le Conseil Départemental qui était le détenteur de l'autorité, édictant les règles et se montrant parfois assez intrusif concernant la vie des accueillants. Ces derniers se trouvaient donc tiraillés entre les deux :

« Ils se mêlent de tout sans vouloir faire grand-chose. Voilà. Parce que c'est pas eux les patrons. » (E6)

« Faut se régir au Conseil Départemental, et moi je trouve ça intolérable. Parce que c'est pas eux qui payent. Bon d'accord ils fournissent des aides comme l'APA, ok mais il faudrait peut-être leur demander leur avis à eux. » (E6)

« Mais après ce que je trouve déplorable c'est qu'on est payé par les familles. Donc quelque part c'est plus des comptes à la famille qu'on doit rendre que au département. » (E8)

« Mais ça vous regarde pas, vous êtes pas notre employeur (...). Et là il faut qu'on vous tienne au courant qu'on est malade et qu'on est en arrêt ? » (E11)

Tout cela entraînait donc un système pernicieux avec une peur de la transparence, une peur de l'institution et une peur des représailles :

« J'ai des familles d'accueil qui sont malades et qui le disent pas au Conseil Général, parce, parce qu'elles peuvent leur enlever leur boulot. » (E11)

« Là moi j'ai su qu'une personne qui était euh, alors c'est une famille d'accueil qui me l'a dit, « surtout si tu as un cancer ou n'importe quoi surtout ne leur dit pas ». » (E11)

« Y'a une femme, une accueillante familiale qui était enceinte, sa maman est venue chez elle l'aider, parce qu'il fallait qu'elle garde le lit donc la maman était là, ils lui ont enlevé l'agrément en disant « non non mais là pendant neuf mois c'est votre maman qui va être famille d'accueil donc on vous enlève l'agrément. » (E11)

« On est obligé de mentir quoi (...) je vais pas leur dire, vous vous rendez compte, on m'enlève mon boulot je fais quoi ? C'est quand même grave d'en arriver là. » (E11)

L'accueillant essayait donc de gérer ses problèmes seul :

« *Les problèmes j'essaye de les résoudre par tous les moyens possibles et imaginables.* » (E6)
« *Quand on a un problème on a tendance à essayer de le gérer nous-mêmes parce qu'on sait que tout ce qu'on dira se retournera contre nous.* » (E12)
« *Mon premier réflexe va pas être d'appeler le Conseil Départemental, parce que on a toujours géré nos problèmes seules.* » (E12)

C. Les difficultés relationnelles

Les accueillants familiaux étaient confrontés à des difficultés relationnelles et humaines. Ils devaient conserver une distance professionnelle envers leurs accueillis et donc ne pas s'attacher. Or, la tâche n'était pas aisée, les accueillants nouaient des liens étroits avec leurs accueillis, le deuil lors de la perte d'un accueilli était ainsi plus complexe à réaliser qu'il ne le devrait. Les familles des accueillis pouvaient aussi se montrer très intrusives et exigeantes.

La relation accueillant-accueilli était réglementée par le Conseil Départemental qui imposait des rapports professionnels et une distance émotionnelle :

« *Ca se passe très très très bien. Même trop bien, au niveau que le Conseil Général voudrait que ça se passe. Ca se passe trop bien.* » (E3)
« *Le Conseil Général n'aime pas, il n'aime pas qu'il y ait une familiarité entre l'accueillante et l'accueilli. C'est mon travail, ça doit rester mon travail.* » (E3)
« *Il faut qu'on soit sympa et tout mais pas de familiarité. Il faut qu'il y ait une barrière. Moi je trouve qu'elle est trop stricte.* » (E3)
« *Et ça le Conseil Général il aime bien qu'on cloisonne. Beaucoup de cloisons dans ce que le Conseil Général nous demande.* » (E3)

Or, souvent, due à l'intimité partagée, la relation débordait du cadre préétabli, l'accueillant devenant le confident de l'accueilli. La relation ne pouvait être empêchée de se créer malgré la nécessité de conserver des barrières, l'accueilli étant intégré à la famille de l'accueillant :

« *Après faut savoir c'est que suivant la personne accueillie qu'on a, souvent on devient le confident (...) qui n'est pas forcément de l'ordre de notre travail. Voilà, là aussi on se positionne où ? Voilà donc tout dépend de la relation qu'on a avec l'accueilli, son vécu.* » (E1)
« *Donc euh il faut garder, il faut savoir garder aussi quelques distances parce que euh on doit rester quand même professionnel mais on s'attache c'est sûr on s'attache.* » (E2)

« Mais il y a un feeling qui se fait....Il y a quelque chose qui se crée. » (E3)

« On vit avec eux quand même hein ? . Les peines, les pleurs, les mals c'est nous qui les avons c'est pas automatiquement les enfants. » (E3)

« Vraiment on vit tous ensemble. On partage tout. Tout. Si y'en a une qui a un souci ben les autres aussi ont du souci. C'est vraiment une vie de famille quoi. » (E10)

Les accueillants étaient sociaux et empathiques, c'étaient même des qualités essentielles pour exercer cette activité professionnelle selon eux. L'intégration sociale des accueillis était un pilier de l'objectif d'accueil familial. En conséquence, il serait même aberrant qu'une relation privilégiée n'existe pas :

« Et quand j'ai vu la psy euh elle me dit « mais oui mais il faut pas s'attacher ». « J'l'ui dis mais comment vous faites pour pas vous attacher, elle vit avec nous, c'est comme si elle fait partie de la famille? ». Dans notre titre on a bien « famille d'accueil » et ils mangent avec nous, ils dorment avec nous on s'occupe d'eux 24 heures sur 24 c'est pas possible de pas s'attacher. » (E9)

« Aujourd'hui je dirais qu'y a une empathie qui se fait forcément avec les accueillis(...).Oui et des fois on me dit « ah oui mais vous les appelez vos filles, attention vous mettez trop d'empathie ». En même temps on vit avec elles donc c'est un peu normal, il vaut mieux de l'empathie. C'est où on est empathique ou alors....voyez on est dans les extrêmes, y'a pas de juste milieu. » (E11)

« En fait parce qu'on est attaché enfin moi je suis attachée à mes personnes et, et j'y j'y tiens comme à la prune de mes yeux. C'est normal quand même. » (E14)

Chaque accueilli était considéré comme un membre de la famille par l'accueillant, leur décès avait donc un fort impact émotionnel. Or, l'accueillant ne pouvait se permettre d'être en deuil, soumis à des impératifs financiers il devait vite remplacer son accueilli décédé :

« Parce qu'on aurait le droit un tant soit peu au chômage ça nous laisserait du temps, pour récupérer sur un décès. Quand y'en a un qui disparaît on a pas le temps de faire notre deuil , il faut tout de suite réagir pour pouvoir trouver quelqu'un. » (E6)

« On a pas le temps, pas le temps de faire le deuil. Mais le Conseil Départemental dirait qu'il faut pas s'accrocher. Au bout de neuf ans quand même. On sait tout d'eux, parce qu'ils nous racontent tout...à qui voulez-vous qu'ils le racontent si c'est pas à nous ? » (E6)

« J'avais pas pensé au décès parce que, effectivement, c'est pas le décès en lui-même qui me gêne, c'est l'histoire qui faut vite se remettre pour pouvoir voilà. » (E6)

« Parce qu'on a besoin de faire le deuil c'est... » (E9)

Les relations avec les familles des accueillis n'étaient pas toujours aisées et étaient parfois difficiles à gérer pour les accueillants :

« Y'a le relationnel avec les familles, là aussi c'est quand même un aspect euh hyper euh délicat. » (E5)

« C'est compliqué ça. Les familles c'est souvent plus compliqué, les enfants sont souvent plus agaçants que les parents. » (E10)

« Du coup c'est ça qui est très difficile parce que c'est des familles et on sait pas qui on a en face. On sait pas comment ça va se passer, enfin on sait pas. » (E14)

Certaines familles d'accueillis étaient très intrusives. Elles avaient du mal à comprendre le besoin d'intimité des accueillants et essayaient d'imposer leurs exigences :

« Voilà les gens ils se sentent un petit peu chez eux. J'ai entendu dire avec d'autres accueillantes, c'est cette même famille hein qu'ils se servaient le café, qu'ils ouvraient le frigo (...) Voilà c'est intrusif ouais. » (E7)

« Parce que c'est trop, trop. Ils en demandent trop. Et au bout d'un moment ben la personne elle vit plus en fait. » (E7)

« Et après l'inconvénient qu'y a aussi c'est que des fois ben hum les familles....se reposent un peu trop sur nous. » (E7)

« Les enfants ils essayent de mettre des règles qui sont impossibles à respecter. » (E10)

D. Un cadre réglementaire rigoureux associé à une gestion administrative lourde et complexe

L'accueil familial était une activité professionnelle encadrée par des règles strictes. Ce carcan réglementaire s'était densifié ces dernières années et commençait à perdre son caractère familial. Le cadre réglementaire rigoureux alourdissait la gestion de l'accueil. Être accueillant familial ce n'était pas seulement prendre en charge une personne âgée dépendante chez soi, il fallait aussi prendre en compte toutes les formalités administratives à réaliser, formalités pas toujours simples à comprendre et à intégrer.

Savoir être souple et s'adapter aux règles de l'accueil familial était difficile. Les règles théoriques de l'accueil toujours plus nombreuses se heurtaient constamment aux nécessités pratiques. L'accueillant se sentait entravé dans son activité. Les règles étaient de plus en plus strictes :

« C'est pas possible quoi, c'est pas possible, 60 ans elles sont, parce que c'est fatigant, c'est usant, moralement c'est usant, on. » (E7)

« C'est....on est trop euh...on est trop bridé par rapport à cette ...voilà. » (E8)
« Voyez elles sont obtues, elles sont rigides elles sont. » (E11)
« Oui et justement trop de rigidité fait que petit à petit vous pouvez pas euh. » (E11)
« Maintenant c'est beaucoup plus contraignant. » (E12)
« Et en fait on commence à nous faire douter un peu...c'est dur hein les familles d'accueil. Moi je vous le dis c'est dur. » (E13)

Les règles étaient édictées par les instances haut placées et étaient appliquées par le Conseil Départemental. L'accueillant non sollicité pour la conception de cadre réglementaire se sentait incompris :

« Mais de toute façon on regarde pas la pratique, on s'en fout. Non, ça non, on pond des textes, faut les appliquer et c'est un peu dommage. » (E6)
« Parce que les textes c'est facile à pondre, mais au quotidien souvent on peut pas appliquer parce que ça, ça, donc voilà. Qu'on arrête de penser textes, et lois et surtout parapluie pour pas qu'il leur arrive quelque chose. » (E6)
« Mais qu'elles se mettent à notre place, celle qui enfin celle qui a fait la loi. » (E14)

Certaines réglementations très théoriques étaient incomprises et jugées aberrantes par les accueillants familiaux :

« Parfois y'a des trucs comme ça qui sont, qui sont complètement aberrants quoi. Je me dis, est ce, est ce, est ce qu'ils ont aussi la réalité, ce qui se passe vraiment sur le terrain quoi ? » (E2)
« Ouais des trucs qui tiennent même pas la route. » (E6)
« On voit des choses complètement aberrantes. » (E6)
« Enfin j'veux dire après y'a des aberrations. Qu'on fasse un projet de vie(...)Pas pour une personne qui est à moitié morte quoi, j'veux dire qui qui, c'est remplir du papier pour remplir du papier voilà. C'est, c'est, c'est bête à dire mais euh...à partir du moment que vous êtes dépendant complètement et que vous avez plus euh et que la mémoire elle est plus euh ce que euh....Qu'est-ce que vous pouvez attendre ? » (E8)

L'accueillant était peu au fait de l'évolution des règles et se retrouvait parfois dans l'ignorance de ses droits et obligations :

« Y'a des choses qu'on arrive pas à savoir. Euh on arrête pas de demander. » (E3)
« Alors ce que je déplore c'est qu'on sait pas en fait, on est dans le, dans le, dans le néant. On sait pas les droits et les non droits. » (E8)

« Mais y'a pas de cahier des charges, c'est pas normal, on exige des choses, mais on dit pas quoi (...). Non y'a pas de cahier des charges, il est pas consultable il est pason peut pas l'avoir c'est voilà. Le truc national, c'est pas une charte, oui c'est une forme de règlement quand même dans les grandes lignes mais les petites choses. » (E12).

Ces dernières années s'était opéré un changement progressif dans la gestion de l'accueil familial qui ressemblait de plus en plus à une structure et perdait son caractère familial. La gestion administrative y était plus complexe, les contrôles des accueillants plus fréquents et stricts. L'activité de l'accueil familial se rapprochait de plus en plus de celle d'une structure EHPAD en termes de logistique mais également en termes de contrainte.

Ainsi il existait un durcissement réglementaire et une multiplication des contrôles, jugés parfois comme non pertinents :

« Le métier a beaucoup changé depuis douze ans. Voilà. » (E6)

« Le Conseil Départemental est très très très à l'affût du moindre....de la moindre petite chose qu'on comprend même pas des fois. » (E6)

« J crois qui, qu'ils savent pas trop comment faire pour nous contrôler et donc ils nous donnent des trucseuh débiles. » (E8)

« Voilà, laisser un peu plus d'autonomie à la famille d'accueil. » (E10)

« Le gros problème, c'est que vraiment à mais vraiment à l'époque c'était plus cool, plus ça a grossi plus plus plus plus ils ont dû cadrer. (E12)

Avec les politiques de maintien au domicile le plus longtemps possible, l'état des personnes accueillies avait évolué, elles étaient désormais de plus en plus dépendantes. Les soins prodigués étaient donc plus importants, les contraintes logistiques et administratives l'étaient donc également :

Il y a douze ans, c'était vraiment la famille (...). Je leur ai dit il faudrait enlever ce mot « famille », parce qu'aujourd'hui c'est pas ça. Il y a douze ans oui, aujourd'hui non. On est de mini-EHPADs. » (E6)

« Ouais ouais grosse contrainte à ce niveau-là qui pour moi, je comprends hein qu'il faille beaucoup cadrer mais du coup....comment je vais vous dire ça....je trouve qu'on a les contraintes d'un d'un EHPAD hein et, et, et pas les avantages d'un accueil familial. » (E12)

« Avec les politiques de maintien à domicile on arrive à....enfin moi j'ai accueilli au moins...j'ai accueillie quatre ou cinq personnes qui sont venues mourir ici. Littéralement. Elles sont arrivées dans un état, c'était vraiment parce que ça pouvait vraiment plus le faire à la maison. » (E12)

Il existait une difficulté de gestion des places en accueil familial avec nécessité de trouver des accueillis car les accueillants étaient soumis à des impératifs financiers. Cette contrainte financière obligeait les accueillants à avoir constamment des accueillis, ils prenaient donc moins le temps de choisir un accueilli convenant pour l'accueil familial. Cette nécessité d'anticipation des places s'apparentait à la gestion d'une entreprise :

« Le Conseil Départemental des fois il râle parce qu'il y a des familles bon et ça je le comprends qui vont se précipiter à prendre un peu n'importe qui parce que y'a une question de finances quoi. » (E5)

« Que j'anticipe, enfin, je, c'est la gestion, c'est un peu comme une entreprise. » (E5)

« C'est pas évident de, de, de prendre quelqu'un parce que des fois pour leur réserver la place au dernier moment on vous dit que non et vous avez raté d'autres. » (E5)

« Donc des fois on est obligé de prendre, on prendrait plutôt une personne plutôt que l'autre mais on a pas le temps. Parce que y'a l'argent aussi qui se met au milieu quoi. » (E10)

Ainsi, existait-il une politique d'arrêt des familles d'accueil ? Les accueillants s'interrogeaient, l'activité n'étant pas valorisée et moins d'agrément seraient délivrés :

« Parce que , ça disparaît parce que les pouvoirs publics ils ont voulu faire des EHPADs, des EHPADs, des EHPADs, les EHPADs faut les remplir....sinon ça coûte très cher à la collectivité. Alors nous, on est laissé un peu de côté. » (E6)

« Mais je pense qu'ils cherchent aussi, ils cherchent un peu à....à nous tenir cachés, enfin j'veux dire parce que dernièrement...j'ai entendu dire que....que...ils donnaient de moins en moins d'agrément. » (E8)

« Ils veulent stopper, le Conseil Général je sais pas veut stopper la famille d'accueil. » (E11)

« Est-ce que, est-ce que dans les hautes sphères ils veulent arrêter et dégoûter et pas forcément euh quand vous regardez ils font rien pour euh pour faire connaître. » (E11)

« Y'a pas eu d'évolution en quinze ans. C'est dommage. Pas d'évolution pour que le métier soit plus agréable ou...au contraire. Au contraire. » (E11)

Les démarches pour devenir accueillant familial étaient longues et complexes :

« Beaucoup de papiers, beaucoup d'administratif, « très chinois » sur les portes les trucs les machins(..). Très encadré, très carré...faut accepter. » (E3)

« Déjà le dossier c'est six-sept mois, faut pas tomber pendant les vacances (...). Ca a été dix-huit mois de galère. » (E13)

« Très compliqué mais je pense que ce serait maintenant, maintenant ce serait pire. » (E13)

Les contrats d'accueil étaient particuliers. C'étaient des contrats de gré à gré pointilleux et rigoureux à rédiger. Pour l'accueillant familial il n'était pas toujours aisé d'y parvenir malgré la journée de formation dédiée à l'administratif :

« Parce que ça n'a l'air de rien mais faire un contrat c'est pas facile surtout quand on n'en pas fait. » (E1)

« Mais avant on devait faire nos fiches de paie ce qui est très compliqué (...). Donc c'est la galère, il y beaucoup d'erreurs beaucoup de choses. » (E1)

« Y'a plein de choses juridiques aussi à maîtriser qu'on peut pas apprendre sur le...disons qu'au début quand on fait des contrats on fait des conneries quoi en gros. » (E5)

« C'est quand même pointilleux quoi. » (E5)

Les critères administratifs étaient stricts et parfois abscons pour les accueillants familiaux. Paradoxalement aux règles strictes édictées et que les accueillants devaient respecter, la gestion de l'accueil familial manquait de cohérence et d'organisation. Il peinait à se structurer de manière claire et précise :

« Très très important au niveau des, des accueils, y'a pas que l'accueil. Y'a l'accueil mais y'a aussi tout le cadre posé au niveau administratif, faut que ça colle. » (E5)

« C'est mal, mal, mal organisé quoi, enfin je veux dire au niveau administratif et tout ça. Ca va pas quoi, ça va pas. D'abord, moi je je j'observe que souvent en Conseil Départemental, les différents services bennn ils savent pas ce que l'autre fait. » (E5)

« Y'a de la communication qui est mal, moi à mon sens hein, qui je vois bien ça va pas. » (E5)

« C'est, c'est, c'est plein de contradictions. » (E11)

« Y'a un flou administratif sur ce boulot. » (E12)

« Ils sont dans un flou mais terrible. » (E12)

E. Une activité méconnue et mésestimée

Une activité professionnelle méconnue, une image peu valorisante aux yeux de la société, l'accueil familial n'était pas considéré. Les accueillants espéraient une reconnaissance, une considération de leur activité par la société, mais surtout, ils souhaitaient que leur activité soit connue en étant présentée comme une alternative viable de la prise en charge de la personne âgée.

L'accueil familial en France était méconnu par le grand public. Les personnes souhaitant placer un parent n'étaient pas informées de cette possibilité, elles ne connaissaient pas le procédé ou en quoi consistait réellement l'accueil familial :

« Donc je me suis renseignée parce que je savais pas du tout ce qu'était qu'une famille d'accueil, euh c'est très mal connu ce métier(...). Il m'a expliqué ce qu'était une famille d'accueil, il m'a, y'a pas de brochure, y'a rien. » (E3)

« Beaucoup de gens ne savent pas comment on trouve une famille d'accueil à l'heure actuelle c'est quand même énorme. » (E3)

« Les gens ne connaissent pas automatiquement et s'ils connaissent il savent pas en quoi ça consiste. Voilà. » (E3)

« Mais ça, mon grand regret c'est que les gens ne nous connaissent pas. Ils savent pas. » (E3)

« Ouais et puis bon c'est pas bien expliqué la famille d'accueil, c'est vrai que c'est pas, les gens ils comprennent pas quoi. » (E5)

« J'ai fait six banques aucune n'avait enregistré dans son logiciel famille d'accueil sénior. » (E6)

Il y avait très peu d'information disponibles, les publicités étaient rares, au contraire des EHPADs dans lesquels les pouvoirs publics investissaient. Les accueillants se sentaient les grands oubliés du système :

« On en parle pas, même à la télé, même national on en parle pas. Par contre sur les EHPADS ça on en parle. On donne des budgets énormes aux EHPADS nous on nous donne rien. » (E3)

« Qu'on soit un peu plus connu. Parce que euh on nous fait pas vraiment de pub. Entre guillemets pubs je m'entends hein ? On, c'est un métier qui est pas vraiment connu, c'est ça c'est ça...Mais c'est vrai qu'on est pas beaucoup beaucoup reconnu. » (E3)

« On nous met beaucoup j'trouve de bâtons dans les roues de ce côté-là on nous fait pas connaître plus que ça. » (E3)

« Qu'on soit....qu'on soit reconnu qu'on soit, qu'on soit connu aussi, qu'on fasse un peu, j'sais pas moi euh de la publicité euh voilà en parler euh en parler surtout euh avec tous les, tous les autres soignants euh et, et....les familles quoi. » (E9)

Cette méconnaissance était également partagée par le corps médical et paramédical qui était insuffisamment informé :

« Ensuite je trouve que les médecins ne sont pas du tout informés ni les infirmiers ni rien de notre métier. » (E5)

« *Quand je, enfin les infirmiers, les, les, les VSL(....). Ils m'ont dit tous : on pensait que vous étiez accueillante familiale pour jeunes enfants. On savait pas que ça existait l'accueil familial personnes âgées personnes handicapées.* » (E8)

La société portait un regard péjoratif sur l'accueil familial qui était mésestimé. Il était donc souvent choisi par défaut lorsqu'un placement en EHPAD ne pouvait être réalisé. Les accueillants souffraient de ce manque de considération :

« *Voilà. Et dans l'accueillement c'est ça que je reproche, c'est qu'on nous considère pas assez.* » (E6)

« *Donc voilà ça c'est vraiment pour moi le point négatif où on est pas considéré par rapport, par tout le monde.* » (E7)

« *Vous savez on est pas très bien vues les familles d'accueil hein.* » (E8)

« *Ceux qui pondent les lois c'eston est pas reconnu, finalement, mais on nous impose certaines voilà certaines règles qui sont qui sortent de je sais pas où.* » (E8)

« *On est pas considéré, je sais pas vous dire, on est pas considéré, on est pas....on est, on est des sous merde.* » (E11)

« *Non franchement j'ai la haine parce que franchement on est pas reconnu, on nous demande beaucoup.* » (E11)

« *Alors moi déjà ce que je dirais ce que je trouve très très dommage c'est qu'on ne soit pas connu et reconnu et soutenu.* » (E12)

Il existait une certaine ambivalence de la société envers les accueillants familiaux car ils enviaient la qualité de vie que l'activité pouvait procurer mais parallèlement ne voulaient pas s'investir et faire les sacrifices qu'elle requérait :

« *C'est une histoire de.... Jalousie, pas de jalousie mais euh de « ah mais elles sont chez elles ,elles gagnent tant d'argent et puis c'est....c'est... oh ben si tu veux, si tu veux gagner de l'argent t'as qu'à faire la demande pour être famille d'accueil et comme ça t'es tranquille jusqu'à la retraite.* » (E8)

« *C'est un sentiment qu'on prend euh presque euh si j'étais aussi folle qu'eux quoi. C'est euh olalala, alors les gens qui me connaissent me disent : chapeau parce que moi je le ferai pas.* » (E11)

« *Euh vous savez c'est très paradoxal notre métier parce que les gens vont tous nous dire qu'ils ne le feraient pas mais ils vont tous vous dire ah mais vous avez une belle maison.* » (E12)

3. Exemple de catégorisation sémiotique selon la théorie de Peirce

Loi, principes, concepts, théories, généralités (3) : TIERCITE	Faits, actions, constats d'expériences (2) : SECONDEITE	Qualités, sentiments, émotions (1) : PRIMEITE
<p>Il est indispensable que l'accueillant maîtrise le côté administratif de l'accueil :</p> <p>« Très très important au niveau des, des accueils, y'a pas que l'accueil. Y'a l'accueil mais y'a aussi tout le cadre posé au niveau administratif, faut que ça colle. » (E5)</p>	<p>S'est renseignée :</p> <p>« En fait j'ai passé six mois avant de le faire, j'ai passé six mois, à étudier un contrat savoir comment ça se passait et tout ça. » (E5)</p>	<p>Gérer le versant administratif est important pour elle :</p> <p>« Parce que j'attache beaucoup d'importance au côté administratif aussi, voilà. » (E5)</p>
<p>C'est un métier gratifiant grâce aux accueillis</p> <p>« C'est qu'on a une reconnaissance directe. » (E2)</p>	<p>Implication émotionnelle qui donne du sens :</p> <p>« Parce que je me suis dit euh, c'est là où finalement j'ai trouvé un sens à ce métier. » (E2)</p>	<p>Aime faire des activités avec ses accueillis :</p> <p>« Et donc euh et ben on sortait beaucoup, j'ai l'agrément pour des personnes valides (...), on l'amenait partout (...).Voilà, ça je trouvais ça super sympa. » (E2)</p>
<p>Il est important d'accompagner les accueillis jusqu'au bout, qu'ils ne soient pas seuls :</p> <p>« Ils sont pas conscients oui mais ils savent que....Qu'ils ne sont pas tout seul. » (E14)</p>	<p>Accompagnement :</p> <p>« Ca me permet aussi de, d'être là euh de leur parler aussi peut être de dire des choses que je dois leur dire et de les embrasser. » (E14)</p>	<p>Sentiment de satisfaction, de joie :</p> <p>« Franchement je suis contente que ça se soit passé ici. Si ça doit pas être ici ce sera pas ici mais si ça l'est....pour moi je me dis jusqu'à la fin et bien. » (E14)</p>

Discussion

1. Discussion des résultats

Notre étude explorant le vécu des accueillants familiaux des personnes âgées a permis d'étayer des informations connues mais surtout a proposé un regard neuf sur leur vécu intime et leurs ressentis offrant de nouvelles perspectives.

Les accueillants interrogés étaient des femmes de moyenne d'âge de 52ans, ayant une expérience personnelle et/ou professionnelle de la personne âgée, le plus souvent en reconversion professionnelle, confirmant bien la présence d'un « profil des accueillants » (18). Elles étaient à la recherche d'une meilleure qualité de vie avec un confort de vie répondant au besoin de conciliation entre une activité professionnelle rémunérée avec les exigences de la vie familiale, ce qui concorde avec l'étude thématique réalisée par une psychologue en gérontologie en 2008 (24).

Notre étude a mis en lumière ce qu'ils apportent à l'accueilli grâce à leur activité d'accueil. Il n'y a pas de données à ce sujet dans la littérature qui s'est le plus souvent concentrée sur les limites et enjeux de l'accueil familial. Bien plus qu'un accompagnement personnalisé, c'est une véritable intégration de l'accueilli dans la vie familiale de l'accueillant, portée par une relation accueillant-accueilli unique et privilégiée. Les accompagner jusqu'à la fin, être présents pour eux revêtent également une grande importance pour les accueillants. Leur récompense est le bien-être de leurs accueillis. Aucune étude n'analyse le point de vue des familles des accueillis sur cet accompagnement. Il serait intéressant de poursuivre les recherches sur ce thème.

L'accueil familial apporte aux accueillants une profonde gratification professionnelle ainsi que des échanges relationnels et intellectuels très riches. Estimés par leurs accueillis, les accueillants s'épanouissent professionnellement mais aussi sur le plan personnel.

Leur travail participe ainsi à leur bien-être. Le bien-être est une notion complexe et ne serait pas lié à une absence de psychopathologie mais aussi à la présence de manifestations positives d'un bon fonctionnement global. L'individu doit donc, entre autres, créer autour de lui de bonnes relations d'attachement et évoluer dans des milieux favorisant le bien-être et le sentiment de maîtrise de sa vie (25). Le milieu professionnel est donc une composante importante du bien-être qui ne relève pas que de l'individu. L'estime de soi est aussi un facteur individuel de bien-être et consiste à la perception qu'une personne a de sa propre valeur. Elle peut agir comme une ressource, permet de faire face aux événements et de se protéger. Une faible estime de soi est corrélée significativement à l'épuisement émotionnel, un faible sentiment d'accomplissement personnel et

à la dépersonnalisation. Les accueillants familiaux se sentent valorisés grâce à leurs accueillis, leur estime personnelle est donc renforcée.

Ils utilisent ces ressources pour faire face aux nombreuses contraintes qu'impose l'accueil familial. Il requiert un investissement total et absolu relevant quasiment du sacerdoce. La présence permanente obligatoire, l'implication nécessaire malgré les nombreuses contraintes inhérentes sont des sacrifices que l'accueillant est prêt à effectuer, tout entier dévoué à sa passion. L'accueillant travaille seul et s'occupe continuellement de trois personnes âgées avec leurs différentes pathologies et besoins. Ces résultats sont tout à fait corrélés aux données de la littérature. L'étude réalisée à la Réunion en 2006 (19) montrait déjà ce paradoxe entre une activité engagée et valorisante personnellement et des contraintes lourdes. Aussi, et c'est également révélé dans notre étude, travailler chez soi qui apparaissait comme un avantage est devenu une contrainte. Le présentiel permanent ne laissait la place à aucune liberté pour l'accueillant qui était tributaire d'autres personnes s'il voulait pouvoir quitter son domicile. Sans possibilité de sortie, l'accueillant ne ressentait que moyennement le bénéfice à travailler chez lui.

C'était une charge de travail lourde qui épuise physiquement et psychologiquement. Qu'en est-il de la perception de cette charge de travail par ceux qui prennent soin d'une personne âgée ?

En France, à l'inverse des accueillants familiaux, les soignants en EHAPD sont considérés comme des professionnels de la santé à part entière et travaillent en équipe. Cependant comme eux, ils sont profondément impliqués et se sont engagés par vocation. L'étude qualitative de 2016 issue des dossiers de la DRESS (26) corrobore ces données et montre également que tout comme les accueillants familiaux, ils font face à un travail éprouvant physiquement et psychologiquement avec une charge mentale importante (27).

Des études internationales apportent des éléments sur les « fournisseurs de soins » ou « *caregiver* » assimilables à un soignant ou un aidant selon les études qu'ils soient rémunérés ou non, de la famille ou non de la personne à charge.

Une revue de la littérature de 2020 (28) s'est penchée sur le concept du « *caregiver burden* » ou « fardeau de l'aidant ». Avoir une connaissance profonde de la charge du soignant est la clé pour comprendre les soins de son point de vue. Le soignant est la personne qui s'occupe d'une personne âgée ou chroniquement malade ou handicapée. Trois attributs clés de la charge du soignant ont été identifiés dans la littérature : la perception de soi (sentiments positifs ou négatifs associés à sa fonction de soignant), la multidimensionnalité des pressions quotidiennes telles que la fatigue, l'insomnie, les problèmes de santé, la détresse émotionnelle et psychique... et enfin l'évolution avec le temps (la charge n'est pas statique, le temps de soins, l'évolution de la maladie l'affectent). Comparé à un aidant qui est un membre de la famille de la personne à charge et un aidant rémunéré le fardeau est-il le même ? La plupart des études se concentrent sur l'aidant familial mais qu'en

est-il de celui dont c'est le travail ? Un article issu du journal de Cambridge en 2012 montre que lors de la prise en charge de patients souffrant de démence, les deux ont besoin de soutien, pas seulement l'aidant familial (29). Ce n'est donc pas parce que c'est son métier que l'aidant rémunéré n'en ressent pas la charge.

Une pathologie laissait les accueillants familiaux de notre étude le plus souvent démunis : la maladie d'Alzheimer. Cette difficulté a été retrouvée tant chez les familles que chez les aidants rémunérés s'occupant de personnes atteintes de cette pathologie. Les heures de prise en charge et le niveau des aptitudes cognitives des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont directement liés au fardeau de l'aidant (30). En Corée du Sud, un programme d'assurances de soins a créé, depuis 2008, une nouvelle catégorie d'emploi : les travailleurs familiaux rémunérés. Ils permettent d'assister leurs aînés atteints de maladie chronique incluant la maladie d'Alzheimer. Une étude réalisée en 2018 s'est intéressée à l'expérience vécue de ces travailleurs familiaux (ces aidants rémunérés font partie de la famille de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer et doivent avoir une licence « *care-worker* »). Ils luttent pour gérer le comportement et les symptômes psychologiques de leur bénéficiaire de soins. Cette charge de travail a créé un fardeau psychique, émotionnel, social et financier. Ils avaient besoin de formations et de soutien (31).

Ce problème de manque de formations a également été soulevé dans notre étude par les accueillants familiaux. Malgré les dispositions établies nationalement, quasiment aucune formation n'a été assurée ces dernières années dans les Pyrénées Orientales. Les modalités de gestion de l'accueil familial en France sont conditionnées par les volontés et capacités des départements. En effet, la décentralisation du pilotage du dispositif creuse les disparités (32). La rémunération, les contrôles, le soutien varient d'un département à un autre.

Rejoignant les données de la littérature, les accueillants de notre étude souffraient également d'un statut professionnel ambigu. L'activité d'accueil ne rentre pas dans les dispositions ordinaires du Code du Travail et peut être considérée comme une activité précaire, l'agrément ne valant pas un accueil systématique et pérenne (33). Leur contrat de gré à gré n'est pas assimilé à un contrat de travail, les accueillants ne peuvent prétendre au chômage. Ce sont donc des travailleurs libéraux mais employés par leur accueilli et soumis au contrôle du Conseil Départemental.

Les assistants familiaux ne sont pas soumis à ce statut ambigu. En effet, les assistants familiaux, dont le terme est défini ainsi depuis la loi de juin 2005 (34), sont des professionnels, des travailleurs sociaux exerçant un métier relevant juridiquement d'une institution, d'une structure auxquelles ils sont rattachés (35). Ce métier consiste à accueillir habituellement et de façon permanente des mineurs et des jeunes majeurs de moins de 21 ans à son domicile, moyennant une rémunération. Cependant il existe de grandes similitudes dans l'activité des accueillants familiaux et des assistants familiaux. Un article de mars 2019 basé sur des entretiens, renforce l'idée d'un

« sacerdoce qui en vaut la peine » par l'engagement, l'investissement personnel des assistants familiaux impactant toute la famille, qui accueillent jusqu'à trois personnes chez eux. Les demandes en terme de remplacement, formations, reconnaissance et valorisation de l'activité sont là aussi identiques aux revendications des accueillants familiaux (36). Un autre point de similitude concerne l'attachement aux accueillis qui doit rester professionnel sans surinvestissement émotionnel.

En concordance avec nos données, il apparaît comme indispensable que des liens qui ne soient pas professionnels se créent entre l'accueillant et la personne accueillie afin que l'accueil se déroule au mieux (6). Jean-Claude Cebula parle alors « d'attachement qui se crée ». Notre étude va plus loin en mettant en exergue la difficulté rencontrée par l'accueillant de concilier le fait de s'engager, de donner de soi en incluant l'accueilli dans sa vie familiale et quotidienne sans tisser de liens autres que professionnels. Ce sont là des injonctions paradoxales que l'accueillant ne peut concilier.

Comme pour les accueillants familiaux de notre étude, les assistants s'attachent émotionnellement. Ce paradoxe va encore plus loin en ce qui concerne les assistants familiaux. Si un travailleur social juge lors d'un contrôle qu'il existe un surinvestissement de l'accueillant, la personne accueillie pourrait être réaffectée. Cette situation était vécue comme insupportable (37). Comment ne pas se lier à quelqu'un qui vit chez soi et dont on a la charge? C'est d'autant plus vrai pour les assistants familiaux qui interviennent auprès d'enfants abimés par la vie et qui vont devoir remplir et assumer la fonction de « *caregiving* » de substitution, c'est à dire, un système qui a pour fonction la protection et le soutien au plus petit afin de favoriser et accompagner son exploration et son autonomisation. En étant ainsi une ressource fiable pour l'enfant, les assistants familiaux peuvent représenter une figure d'attachement secondaire ou subsidiaire potentielle en s'impliquant émotionnellement. Cette fonction est difficile à remplir malgré leur volonté et leur engagement dans leur métier. La séparation de l'enfant d'avec sa famille, au-delà des expériences vécues souvent problématiques, va marquer profondément l'enfant qui va avoir du mal à faire confiance et à s'investir dans une nouvelle relation (38). Bowlby (39) utilise le terme de « détachement permanent » pour caractériser leur état alors que Steinhauer (40) les décrit comme un « attachement résistant » et considère comme des séquelles à long terme la dépression chronique, la rage persistante, les comportements antisociaux, la pauvre estime de soi et la dépendance affective chronique. Pour les assistants familiaux ces difficultés de prise en charge, qu'on ne retrouve pas chez les accueillants familiaux, ont un impact massif sur leur estime d'eux-mêmes et parfois sur leurs relations de couple.

Enfin, une certaine ambivalence a été retrouvée concernant le Conseil Départemental de la part des accueillants familiaux. Malgré la compréhension de la nécessité de coopération et de la

légitimité des contrôles, le Conseil Départemental était considéré majoritairement comme une instance répressive et non aidante. Les accueillants n'y ont fait appel que pour les situations les plus complexes, quand ils ne pouvaient pas faire autrement. Un mémoire de sociologie (18) montrait le soutien relatif du Conseil Départemental dans l'accueil familial dont l'activité s'inscrit dans un conflit : les accueillants familiaux privilégieraient la réponse aux besoins avant de respecter la règle. Pourtant organisée autour d'un même souci de qualité de la prise en charge de la personne accueillie, leur relation avec les travailleurs sociaux est emplie de méfiance. La légitimité du Conseil Départemental était parfois remise en cause et les contrôles mal vécus par les accueillants. Il existait un manque de différenciation entre le suivi de l'accueil familial et le contrôle des accueillants régulés tous deux par le Conseil Départemental. Le plus souvent ils étaient réalisés par les mêmes équipes accentuant d'autant plus cette confusion. Certains départements ont dissocié les deux : le contrôle essentiellement administratif assuré par le service d'action sociale du Conseil Départemental, le suivi assuré par les assistantes sociales du secteur (24). Et pour autant, comment contrôler le partage de la vie familiale ou la nature de la relation entre l'accueillant et l'accueilli (6) ?

En tout état de cause, le vécu positif global de l'accueillant familial souffre de ces ambivalences imposées par la structure de tutelle. Nous aborderons les propositions d'amélioration en perspectives de notre travail.

2. Discussion de la méthode

a) Forces

Les résultats de notre étude sont originaux puisqu'il n'existait pas d'étude qualitative de type phénoménologique sur ce sujet. En France, quelques rares mémoires en psychologie et en ingénierie sociales abordent d'un point de vue qualitatif, le thème de l'accueil familial des personnes âgées en donnant la parole aux accueillants. Ils en dessinaient alors les besoins, les difficultés et les limites. Aucun ne s'est penché sur le vécu des accueillants familiaux, leurs représentations et leurs ressentis.

Les critères de qualité des études qualitatives ont été respectés à chaque étape. Les caractéristiques des accueillants familiaux étaient d'une grande variabilité, tant sur leur durée d'activité et leurs âges. Les entretiens ont été réalisés avec un temps spécifique dédié au domicile des accueillants qui est un environnement sécurisant qu'ils connaissent bien. La durée moyenne des entretiens était de 49 minutes ce qui est satisfaisant pour une étude qualitative. Ils ont été menés jusqu'à saturation

des données. La retranscription a été effectuée rapidement après chaque entretien permettant des annotations concernant le langage non verbal. La triangulation de l'analyse et le suivi des critères de qualité des recherches qualitatives grâce à la RATS *check list* permettent l'obtention des critères de validité.

b) Faiblesses

La diversité du type d'accueillant familial était limitée, tous les accueillants familiaux dans notre étude étaient des accueillants employés de gré à gré, aucun accueillant familial employé par une personne morale n'a été interviewé. Dans le département, tous les accueillants sont employés en gré à gré et sous le contrôle du Conseil Départemental, il n'y a pas d'accueillant employé par une personne morale.

Aussi, à noter que l'étude s'est concentrée sur les accueillants de personnes âgées et non sur les accueillants de personnes handicapées or les deux sont prises en charge par les accueillants familiaux. Dans le département la quasi-totalité des agréments étant mixtes, les accueillants peuvent accueillir les deux profils.

La qualité des premiers entretiens était perfectible, dû au manque de formation de l'interviewer, l'absence de certaines relances a pu entraîner une perte d'informations. Cependant, au fur et à mesure des entretiens, ce dernier a gagné en expérience et les entretiens se sont enrichis.

L'interprétation des données a pu être impactée par le manque d'expérience de l'investigateur principal dans le domaine de l'analyse qualitative, qui a pu être corrigée par la triangulation des résultats avec le directeur de thèse.

Le port du masque, la distanciation requise et le manque de sérénité liés au contexte COVID ont pu limiter la convivialité et la confiance envers l'investigateur. La qualité des échanges a alors pu être affectée.

3. Perspectives et implications en pratique

L'accueil familial est une alternative au choix binaire de la prise en charge de la personne âgée dépendante : le maintien au domicile ou l'entrée en institution.

Or ce dispositif stagne en raison de son peu d'attractivité et de ses importantes contraintes. Les accueillants espèrent des changements afin d'en favoriser le développement et de susciter des vocations.

Notre étude, à travers la compréhension de l'expérience vécue, apporte des éléments d'amélioration de ce dispositif qui s'articuleraient autour de différents axes. Les verbatim en lien avec les pistes d'optimisation sont présentés en annexe N°4.

a) La reconnaissance d'un statut

Les accueillants familiaux aspirent à la structuration de leur activité professionnelle afin qu'elle soit reconnue en tant que métier à part entière comme l'est celui des assistants familiaux (24). Ils pourraient alors prétendre à un diplôme avec une formation uniformisée et enfin faire officiellement partie des professionnels de la santé.

Ils rentreraient alors dans le cadre du secret médical, leur permettant une meilleure prise en charge de leurs accueillis mais aussi de se protéger.

En effet, ils n'ont pas d'informations sur leurs accueillis avant de les prendre chez eux, ils ne savent donc pas dans quoi ils s'engagent et s'ils pourront le gérer. Or, c'est indispensable pour sauvegarder leur famille et leur vie affective et familiale propres.

Aussi, l'ignorance des accueillants familiaux du passé médical de leurs accueillis peut inciter les manœuvres sournoises de placement. C'est un avantage pour ceux qui veulent placer les personnes âgées chez eux (associations de curatelles et tutelles, le Conseil Départemental ...) qui parfois n'hésitent pas à cacher la vérité sur la condition physique et ou mentale des potentiels accueillis.

Les accueillants ont alors le sentiment d'avoir été trompés :

L'accueillant possède un statut professionnel flou et ambigu, et relève à la fois des régimes salariés et indépendants. Comme un employé il a des fiches de paie mais comme un travailleur indépendant, il n'a pas de contrat de travail et sans activité il ne touche aucune rémunération. A l'inverse des accueillants pour enfants, les accueillants familiaux de personnes âgées n'ont pas accès au droit du chômage, ce qui les place dans une insécurité financière.

Ainsi, si l'accueillant perd un accueilli (décès, mutation en maison de retraite etc...) il perd le salaire inhérent à cet accueil pouvant aller jusqu'à un tiers de son salaire mensuel habituel et ce du jour au lendemain. Il peut donc plonger rapidement dans la précarité.

La clarification de leur statut professionnel avec une prétention au chômage, réduirait la précarité financière et leur permettrait de leur laisser le temps, entre deux accueils, de faire leur deuil lors du décès d'un de leurs accueillis. Cela pourrait aussi contribuer à développer les accueils temporaires.

Aussi, au contraire des EHPADs, il n'a pas de droit de regard sur les possibilités de paiement de son accueilli ou d'en demander des garanties. Il doit donc se fier à la bonne foi des accueillis et de leur famille. Le Conseil Départemental n'intervient pas non plus arguant de l'existence du contrat

gré à gré entre l'accueilli et l'accueillant. Ce dernier n'a quasiment pas, voire pas du tout, de recours en cas de non paiement par l'accueilli. Il serait souhaitable de pallier cette insécurité que ce soit en autorisant, soit l'accueillant soit le Conseil Départemental, à exiger des garanties.

A noter que les accueillants familiaux employés par des personnes morales relèvent du salariat bien qu'ils soient dotés d'un statut hybride relevant à la fois du code du travail, du code de l'action social et des familles, et du statut des agents non titulaires de la fonction publique territoriale pour ceux employés par des collectivités publiques (10).

b) Une revalorisation de l'activité

L'accueil familial lorsqu'il est connu n'a pas bonne presse dans l'hexagone, l'activité est dénigrée, et pourtant enviée pour les avantages certains qu'elle peut produire (travail au domicile, salaire correct sans diplôme exigé etc..). Nous retrouvons ces données dans la littérature. La prise en charge de personnes âgées, affaiblies en perte d'autonomie franche peut renvoyer à la difficile réalité de notre propre vieillissement ou de notre handicap. Les accueillants souhaitent une valorisation et une reconnaissance de leur activité, qui pourrait passer par plus d'informations et de publicité afin de casser l'image stigmatisante de maltraitance.

Il serait envisageable que les médias diffusent plus largement cette information, et que les mairies et conseils départementaux puissent en faire la promotion. De plus, la création d'un réseau entre les établissements de soins tels que les services de soins longue durée, les maisons de retraite et les accueillants familiaux serait bénéfique afin de proposer le dispositif le plus adapté à la personne qui en aurait besoin.

Aussi, il faudrait que dans les études médicales et paramédicales soit abordé ce dispositif, afin que les soignants en comprennent l'activité et les enjeux. Une thèse de 2014 (41) confirmait la méconnaissance du médecin traitant de cette alternative de prise en charge de la personne âgée et proposait d'identifier un interlocuteur privilégié qui permettrait plus d'accessibilité.

c) Une demande de liens et d'entraide

L'accueillant familial se sent isolé dans son activité et a grand besoin de soutien. Il existe une réelle aspiration des accueillants au partage, à l'échange, à faire partie d'une communauté. Ces éléments rejoignent les données des études. Les groupes de parole trimestriels répondent à cette demande et sont très appréciés par ceux qui ont la chance d'en bénéficier.

Assister à ce groupe de parole permet de mieux appréhender cette demande de liens et de partage. Réunis en petit comité, dans une ambiance conviviale et bienveillante, les accueillants échangent

autour d'un thème préalablement défini sur leurs difficultés et frustrations mais aussi sur leurs joies et réussites. Ce groupe de parole est encadré par une psychologue et l'assistante sociale du secteur. A noter que ces dernières sont également celles qui évaluent et contrôlent les accueillantes. On pourrait penser que cela entraverait les confidences et le soutien, cependant les accueillants semblent à l'aise et en confiance. Existant depuis bientôt huit ans, ce groupe offre un espace neutre et un moment de répit aux accueillants. Même si certains problèmes restent insolubles (notamment les difficultés financières au travers d'accueillis qui ne payent pas ou le manque de directives et de soutien dans ce contexte COVID), les accueillants sont heureux et soulagés d'avoir pu en parler. Il serait intéressant de développer ces groupes de parole, qui sont des réunions entre pairs, afin de discuter des problèmes rencontrés, se soutenir et s'entraider, dans tous les secteurs des départements et ce, de manière régulière.

Aussi, l'accueillant familial aimerait plus de soutien de la part du Conseil Départemental qui est difficilement joignable. Il serait envisageable de développer une ligne téléphonique de permanence directe, ou une ligne d'astreinte afin de pouvoir pallier les problèmes que rencontre l'accueillant. De même, un point soulevé maintes et maintes fois, pas seulement dans notre étude, est la grande difficulté pour les remplacements. L'accueillant ne prend jamais tous les congés auxquels il peut prétendre faute de moyens de remplacement. Il aspire donc à des solutions concrètes afin de pouvoir couper avec son travail et se reposer. Il serait pertinent que le Conseil Départemental fournisse une liste de remplaçants potentiels et qui soient agréés.

Les remplaçants auraient une plus grande visibilité des possibilités de travail, car un accueillant seul ne peut fournir un emploi stable par ses seuls besoins en remplacement. Certains départements sont très investis dans le développement de cette activité. Ils ont créé une unité de remplacement pour gérer les absences et vacances des accueillants et ont mis l'accent sur les formations avec prise en charge financière des transports (42).

Enfin, les accueillants familiaux sont très demandeurs de formation tant sur le plan administratif que médical ou paramédical. En plus de s'instruire et d'emmagasiner des connaissances, ces formations sont sources de lien.

Ces résultats concordent avec ceux issus des entretiens à la Réunion (19) mais sont en opposition avec ceux issus des entretiens dans la région Sud-Ouest (18). Ne tenant pas compte des réalités et contraintes d'organisation de l'accueillant, ni de ses besoins en termes d'apprentissage sur l'accueil, les formations dans ce territoire ne sont pas demandées ni appréciées.

Malgré la demande des accueillants familiaux dans les Pyrénées Orientales, il n'y a pas ou très peu de formations proposées par le Conseil Départemental :

A noter, que personne n'occupait le poste ayant la charge des formations au Conseil Départemental et ce pendant trois ans.

Insuffisamment formés, les accueillants apprennent sur le tas, avec l'expérience de l'accueil.

d) Une simplification et un accompagnement dans les démarches

Le cadre administratif (démarches, rédaction des contrats...) de l'accueil familial est complexe et difficile à appréhender pour les accueillants qui en espèrent une clarification et une simplification. Malgré un cahier des charges national général, la gestion plus ancrée dans la pratique et le quotidien est laissée à la volonté et à la capacité des départements. Cette gestion départementale concourt au manque d'uniformité et de cohérence de l'accueil familial.

Les accueillants, soumis aux contrôles du Conseil Départemental qui n'est pourtant pas leur employeur, souffrent de cette ambiguïté d'autorité. Les règles appliquées trop strictes et théoriques découragent la coopération des accueillants avec le Conseil Départemental. Ces éléments rejoignent le discours des accueillants de notre étude.

Malgré un contrôle de l'activité estimé comme justifié, l'équipe de contrôle étant composée de médico-sociaux, elle n'est pas considérée comme légitime par les accueillants de notre étude. Les médecins sont jugés et évalués par des pairs, les accueillants pensent qu'il devrait en être ainsi pour la supervision de leur activité.

Ils se sentiraient enfin entendus et compris sur la réalité d'exercice de leur activité et toléreraient mieux les contrôles.

De plus, notre étude a mis en exergue un sentiment de dépréciation du Conseil Départemental éprouvé par les accueillants familiaux. Dévalorisés, ayant peur de son jugement et de perdre leur agrément, les accueillants n'ont pas confiance dans cette institution. Ils s'interrogent même sur une politique d'arrêt ou de freinage de leur activité. Peut-être est-ce une possibilité ? En trois ans, 18 familles d'accueil ont cessé leur activité soit à cause de leur retrait d'agrément soit à cause de leur non renouvellement. Cependant ce nombre est à nuancer, il faut aussi compter les cessations d'activité volontaires (retraite, maladie etc...).

e) Vers de nouvelles modalités d'accueil ?

Certains accueillants ont soumis l'idée d'un dispositif d'accueil plus développé et leur laissant plus d'autonomie. Il permettrait d'accueillir une petite dizaine de personnes afin de conserver un cadre familial, leur permettrait d'embaucher du personnel permanent avec un contrat stable.

Cette idée de petite structure se rapproche de ce que l'on peut trouver au Québec avec les ressources de type familiale (RTF). Elles visent à recréer les conditions de vie d'un milieu familial et sont adaptées pour un encadrement léger. Une ou deux personnes accueillent chez elles un

maximum de neuf personnes qui leur sont confiées par un établissement public. Ces personnes sont atteintes soit d'un trouble du comportement ou d'une déficience physique, soit d'une perte d'autonomie liée au vieillissement, d'un trouble de la santé mentale ou d'une problématique multiple. Cependant comme les accueillants familiaux, les RTF sont caractérisées par des conditions d'emploi précaire où les femmes sont surreprésentées et aspirent à une reconnaissance sociale et financière. Les aspects positifs liés à leur travail sont majoritairement en lien avec la valorisation humaine de ce métier. Au contraire des accueillants familiaux, les RTF sont dépendantes à l'égard d'un établissement de santé tant financièrement que pour la gestion de leur résidence d'accueil (43). Si un développement de ces petites structures en France était envisagé, il faudrait garantir une stabilité de l'emploi, un statut à part entière avec une revalorisation de l'activité afin d'éviter de tomber dans les mêmes écueils.

Conclusion

Armés majoritairement d'une expérience personnelle ou professionnelle de la prise en charge des personnes âgées, les accueillants familiaux offrent un accompagnement personnalisé à leurs accueillis, les intégrant dans leur vie familiale et sociale. Portés par une relation privilégiée et de confiance noués avec eux, les accueillants s'engagent avec passion dans une activité qui leur correspond.

Leur priorité est le bien-être de leurs accueillis qui les estiment. Les accueillants alors valorisés reçoivent la gratification que la société leur refuse. Enrichis mutuellement par leurs échanges, accueillis comme accueillants s'épanouissent. Naturellement empathiques, s'attacher émotionnellement relève de l'inévitable, voire même est une condition nécessaire pour les accueillants pour faire correctement leur travail, ce qui leur est, paradoxalement reproché.

Ils souffrent d'un carcan réglementaire toujours plus rigide amplifiant des contraintes de plus en plus présentes et oppressantes. Fragilisés par leur statut ambigu et le manque de reconnaissance ils aspirent à une restructuration de leur activité afin d'être enfin considérés comme des professionnels de la santé. Malgré des évolutions en termes de loi, ils se sentent toujours négligés, leurs réels besoins incompris.

L'accueil familial enrichit l'offre d'accompagnement de la personne âgée dépendante. Notre étude met en lumière la nécessité de revisiter ce dispositif en améliorant son statut, en simplifiant les démarches et en accompagnant les acteurs par les formations, le soutien des pairs et de l'institution, et un circuit de remplacement offrant du répit.

Références

1. Dicom J.M. Personnes âgées : les chiffres clés [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 5 déc 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement/article/personnes-agees-les-chiffres-cles>
2. Diederich N. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. In: Stériliser le handicap mental ? [Internet]. ERES; 1998 [cité 13 déc 2019]. p. 251. Disponible sur: <http://www.cairn.info/steriliser-le-handicap-mental--9782865865840-page-251.htm>
3. Loi n°89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes. 89-475 juill 10, 1989.
4. Cebula J-C et Horel C- Evaluation des dispositions de la loi du 10 juillet 1989, 1997-1998 [Internet]. [cité 23 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ifrep.fr/file/Etudes/IFREP-AFS-1997-98.pdf>
5. Horel C. L'accueil familial des personnes âgées ou handicapées. 2014;82.
6. Cébula J-C. L'accueil familial des adultes. Paris, France: Dunod; 1999. ix+154.
7. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. 2002-2 janv 2, 2002.
8. Titre IV : Particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées (Articles L441-1 à L444-9) - Légifrance [Internet]. [cité 13 nov 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006074069/LEGISCTA000006142856/#LEGISCTA000006142856
9. France, Ministère des affaires sociales et de la santé, Sous-direction de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées. Guide de l'accueil familial pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Paris; 2013.
10. Cornelou J, rapport de l'assemblée nationale N°24, 2019 [Internet]. [cité 13 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rapports/r2024.pdf>
11. Loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.
12. decret no°2017-552 du 14 avril 2017 relatif à la formation des accueillants familiaux [Internet]. [cité 9 avr 2020]. Disponible sur: https://www.famidac.fr/IMG/pdf/decret_no_2017-552_du_14_avril_2017_relatif_a_la_formation_des_accueillants_familiaux.pdf
13. Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. 2015-1776 déc 28, 2015.
14. Armelle K, Frédéric S. Une nouvelle famille ? : l'accueil familial des personnes âgées à La Réunion. :21p
15. Young C, Hall AM, Gonçalves-Bradley DC, Quinn TJ, Hooft L, van Munster BC, et al. Home or foster home care versus institutional long-term care for functionally dependent older people. Cochrane Database Syst Rev. 3 avr 2017;4:CD009844.

16. Kane RA, Kane RL, Illston LH, Nyman JA, Finch MD. Adult foster care for the elderly in Oregon: a mainstream alternative to nursing homes? *Am J Public Health.* sept 1991;81(9):1113-20.
17. Piat M, Ricard N, Lesage A, Trottier S. [Foster home caregivers' point of view on the transformation of mental health services in Québec]. *Sante Ment Que.* 2005;30(2):209-31.
18. Dubertrand P, Bertrand M, Manuello P. L' accueil familial pour les personnes âgées: une activité à définir. 2014. 132 p.
19. Jetter S, Observatoire de la réunion juin 2006, n°54 [Internet]. [cité 29 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.famidac.fr/IMG/pdf/ODR-AF-reunion.pdf>
20. Rosso-Debord V. Vers un nouvel accueil familial des personnes âgées et des personnes handicapées. 2008. :22 p.
21. Bourrel G et Oude Engberink A. La phénoménologie pragmatique en recherche qualitative. 2021. A paraître prochainement
22. Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1). 2012-300 mars 5, 2012.
23. Charles Sanders Peirce : La sémiotique / Signo - Théories sémiotiques appliquées [Internet]. [cité 24 juill 2020]. Disponible sur: <http://www.signosemio.com/peirce/semiotique.asp>
24. Pineau M L' accueil familial des personnes âgées: quelle complémentarité entre le maintien à domicile et l' hébergement 2007-2008, 49 p [Internet]. [cité 4 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.famidac.fr/IMG/pdf/EtudeAccueilFamilial.pdf>
25. Desrumaux P. Le travail, risque psychosocial ou facteur d' épanouissement ? *J Psychol.* 2010;n° 283(10):26-30.
26. Marquier R et Vroylandt T Les dossiers de la DREES, des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés 2016 [Internet]. [cité 7 déc 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd05.pdf>
27. Benjamin A. « Nous sommes à bout »: la souffrance des soignants en Ehpads [Internet]. *L'express.fr.* 2018 [cité 7 déc 2020]. Disponible sur: https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/nous-sommes-a-bout-la-souffrance-des-soignants-en-ehpad_1980168.html
28. Liu Z, Heffernan C, Tan J. Caregiver burden: A concept analysis. *Int J Nurs Sci.* 25 juill 2020;7(4):438-45.
29. Lin W-C, Tsai C-F, Wang S-J, Hwang J-P, Fuh J-L. Comparison of the burdens of family caregivers and foreign paid caregivers of the individuals with dementia. *Int Psychogeriatr.* déc 2012;24(12):1953-61.
30. Hui J, Wenqin Y, Yan G. Family-paid caregivers in hospital health care in China. *J Nurs Manag.* 2013;21(8):1026-33.
31. Kim J, De Bellis AM, Xiao LD. The Experience of Paid Family-Care Workers of People

with Dementia in South Korea. *Asian Nurs Res.* 1 mars 2018;12(1):34-41.

32. Villez A. L'accueil familial à titre onéreux. *Gerontol Soc.* 2008;31 / n° 127(4):181-98.
33. Conseil Départemental de la Nièvre, guide de l'accueil familial 4 mars 2018 bat [Internet]. [cité 4 déc 2020]. Disponible sur: https://nievre.fr/IMG/pdf/guide_accueil_familial_a4_mars2018_bat.pdf
34. Loi n° 2005-706 du 27 juin 2005 relative aux assistants maternels et aux assistants familiaux.
35. Cherchari MS. Retour sur le statut juridique des assistants familiaux. *Empan.* 2010;n° 80(4):32-5.
36. Gambin E. Familles d'accueil, un sacerdoce qui en vaut la peine [Internet]. *Slate.fr.* 2019 [cité 4 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.slate.fr/story/174798/protection-enfance-famille-accueil-assistant-familial>
37. Guernalec-Levy G. L'impossible mission des assistants familiaux [Internet]. *SAF.* 2017 [cité 4 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.safsolidaires.fr/limpossible-mission-assistants-familiaux/>
38. Daumas L. Familles d'accueil, des figures d'attachement en protection de l'enfance. *Enfances Psy.* 27 juill 2015;N° 66(2):78-87.
39. Bowlby J. *Attachment and loss. Volume II, Volume II.* New York: Basic Books; 1973.
40. Steinhauer P. *Le moindre mal*, les presses de l'université de Montréal, 1996 [Internet]. [cité 18 janv 2021]. Disponible sur: </catalogue/le-moindre-mal>
41. Jean-Baptiste B. *Accueil familial des personnes âgées: rôle du médecin traitant dans sa mise en œuvre et implications : regards croisés du médecin, du patient et de l'accueillant familial* [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2014.
42. Hullot-Guiot K. Accueil familial : «Cela peut permettre à des personnes de rester près de leur village» [Internet]. *Libération.fr.* 2019 [cité 4 déc 2020]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/france/2019/09/09/accueil-familial-cela-peut-permettre-a-des-personnes-de-rester-pres-de-leur-village_1750273
43. Morin M. Les ressources de type familial, les conditions objectives et subjectives de « fausses travailleuses autonomes ». 2006. :153 p.

Annexes

Annexe 1 :

RAMOND diane
dianeramond@gmail.com



Pour le Département Universitaire de Médecine Générale de Montpellier
Faculté de médecine de Montpellier, 2 rue de l'école de Médecine-34090-Montpellier

Formulaire d'information

Madame, Monsieur,

Interne en 9^{ème} année de médecine générale à la faculté de Montpellier, je réalise actuellement une étude sur l'expérience vécue des accueillants familiaux des personnes âgées.

L'objectif de cette étude est de recueillir votre expérience et votre ressenti afin de pouvoir, dans le futur, améliorer ce type de prise en charge.

Pour cette étude, je travaille avec le Conseil Départemental (mission PAPH), qui m'a informée que vous avez été dans cette situation.

Ainsi, je souhaiterais vous rencontrer en entretien, qui pourra avoir lieu chez vous ou dans une autre structure selon votre convenance. Il aura lieu, selon vos disponibilités, pendant une période allant de mai à septembre. L'entretien sera enregistré afin que je puisse retranscrire les informations pour la suite de mon travail.

La confidentialité des données est assurée, les intervenants du Conseil Départemental n'auront pas accès au contenu de nos entretiens qui seront anonymisés. Lors de l'anonymisation vos noms et coordonnées seront remplacés par un numéro, attribué selon l'ordre de réalisation de nos entretiens.

Votre participation peut s'arrêter à tout moment, sans justification nécessaire, et dans ce cas les données reçues seront supprimées et non utilisées par la suite.

Je vous laisse réfléchir quant à votre éventuelle participation, vous pouvez me contacter pour quelque raison que ce soit par mail à l'adresse indiquée en en-tête. Si la réponse est positive vous pouvez me joindre de la même manière.

Votre expérience sur cet accompagnement des personnes âgées est importante à recueillir et à partager.

Dans l'attente de votre rencontre, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

RAMOND DIANE

Annexe 2 :

Fiche de renseignement

Quelques éléments socio-démographiques :

- Sexe : M F
- Âge : _____ ans
- Situation familiale : marié(e) célibataire concubinage veuf(ve) divorcé(e)
- Enfants : oui non
si oui combien ? _____
Vivent ils avec vous ? oui non
- Avez-vous exercé un métier autre qu'accueillant familial ? Si oui lequel ?
non oui _____
- Autre(s) remarque(s) : _____

Quelques éléments de votre pratique :

- Depuis combien de temps êtes-vous accueillant familial ?

- Avez-vous réalisé une formation en lien avec cette fonction ? oui non
- Quel type d'agrément possédez-vous (mixte, personnes âgées seulement) ? _____
- Accueillez vous en ce moment des personnes âgées ? oui non
- Si oui combien ? et depuis combien de temps ?

Annexe 3 : RATS check list

■ Qualitative research review guidelines – RATS

ASK THIS OF THE MANUSCRIPT	THIS SHOULD BE INCLUDED IN THE MANUSCRIPT	✓
<p>R Relevance of study question</p> <p>Is the research question interesting?</p> <p>Is the research question relevant to clinical practice, public health, or policy?</p>	<p>Research question explicitly stated</p> <p>Research question justified and linked to the existing knowledge base (empirical research, theory, policy)</p>	<p>✗</p> <p>✗</p>
<p>A Appropriateness of qualitative method</p> <p>Is qualitative methodology the best approach for the study aims?</p> <p><i>Interviews:</i> experience, perceptions, behaviour, practice, process</p> <p><i>Focus groups:</i> group dynamics, convenience, non-sensitive topics</p> <p><i>Ethnography:</i> culture, organizational behaviour, interaction</p> <p><i>Textual analysis:</i> documents, art, representations, conversations</p>	<p>Study design described and justified e.g., why was a particular method (i.e., interviews) chosen?</p>	<p>✗</p>
<p>T Transparency of procedures</p> <p><i>Sampling</i></p> <p>Are the participants selected the most appropriate to provide access to type of knowledge sought by the study?</p> <p>Is the sampling strategy appropriate?</p>	<p>Criteria for selecting the study sample justified and explained</p> <p><i>theoretical:</i> based on pre conceived or emergent theory</p> <p><i>purposive:</i> diversity of opinion</p> <p><i>volunteer:</i> feasibility, hard-to-reach groups</p>	<p>✗</p>
<p><i>Recruitment</i></p> <p>Was recruitment conducted using appropriate methods?</p> <p>Is the sampling strategy appropriate?</p> <p>Could there be selection bias?</p>	<p>Details of how recruitment was conducted and by whom</p> <p>Details of who chose not to participate and why</p>	<p>✗</p> <p>✗</p>
<p><i>Data collection</i></p> <p>Was collection of data systematic and comprehensive?</p> <p>Are characteristics of the study group and setting clear?</p> <p>Why and when was data collection stopped, and is this reasonable?</p>	<p>Method (s) outlined and examples given (e.g., interview questions)</p> <p>Study group and setting clearly described</p> <p>End of data collection justified and described</p>	<p>✗</p> <p>✗</p> <p>✗</p>
<p><i>Role of researchers</i></p> <p>Is the researcher (s) appropriate? How might they bias (good and bad) the conduct of the study and results?</p>	<p>Do the researchers occupy dual roles (clinician and researcher)?</p> <p>Are the ethics of this discussed? Do the researcher(s) critically examine their own influence on the formulation of the research question, data collection, and interpretation?</p>	<p>✗</p> <p>✗</p>

<p><i>Ethics</i></p> <p>Was informed consent sought and granted?</p> <p>Were participants' anonymity and confidentiality ensured?</p> <p>Was approval from an appropriate ethics committee received?</p>	<p>Informed consent process explicitly and clearly detailed</p> <p>Anonymity and confidentiality discussed</p> <p>Ethics approval cited</p>	<p>✘</p> <p>✘</p> <p>✘</p>
<p>S Soundness of interpretive approach</p>		
<p><i>Analysis</i></p> <p>Is the type of analysis appropriate for the type of study? <i>thematic: exploratory, descriptive, hypothesis generating</i> <i>framework: e.g., policy</i> <i>constant comparison/grounded theory: theory generating, analytical</i></p> <p>Are the interpretations clearly presented and adequately supported by the evidence?</p> <p>Are quotes used and are these appropriate and effective?</p> <p>Was trustworthiness/reliability of the data and interpretations checked?</p>	<p>Analytic approach described in depth and justified</p> <p><i>Indicators of quality: Description of how themes were derived from the data (inductive or deductive)</i></p> <p>Evidence of alternative explanations being sought</p> <p>Analysis and presentation of negative or deviant cases</p> <p>Description of the basis on which quotes were chosen</p> <p>Semi-quantification when appropriate</p> <p>Illumination of context and/or meaning, richly detailed</p> <p>Method of reliability check described and justified e.g., was an audit trail, triangulation, or member checking employed? Did an independent analyst review data and contest themes? How were disagreements resolved?</p>	<p>✘</p> <p>✘</p> <p>✘</p> <p>✘</p>
<p><i>Discussion and presentation</i></p> <p>Are findings sufficiently grounded in a theoretical or conceptual framework?</p> <p>Is adequate account taken of previous knowledge and how the findings add?</p> <p>Are the limitations thoughtfully considered?</p> <p>Is the manuscript well written and accessible?</p>	<p>Findings presented with reference to existing theoretical and empirical literature, and how they contribute</p> <p>Strengths and limitations explicitly described and discussed</p> <p>Evidence of following guidelines (format, word count)</p> <p>Detail of methods or additional quotes contained in appendix</p> <p>Written for a health sciences audience</p>	<p>✘</p> <p>✘</p> <p>✘</p>
		<p>?</p>
<p>Are <u>red flags</u> present? these are common features of ill conceived or poorly executed qualitative studies, are a cause for concern, and must be viewed critically. They might be fatal flaws, or they may result from lack of detail or clarity.</p>	<p><i>Grounded theory: not a simple content analysis but a complex, sociological, theory generating approach</i></p> <p><i>Jargon: descriptions that are trite, pat, or jargon filled should be viewed sceptically</i></p> <p><i>Over interpretation: interpretation must be grounded in "accounts" and semi-quantified if possible or appropriate</i></p> <p><i>Seems anecdotal, self evident: may be a</i></p>	<p>✘</p>

superficial analysis, not rooted in conceptual framework or linked to previous knowledge, and lacking depth
Consent process thinly discussed: may not have met ethics requirements
Doctor-researcher: consider the ethical implications for patients and the bias in data collection and interpretation

The RATS guidelines modified for BioMed Central are copyright Jocelyn Clark, BMJ. They can be found in Clark JP: **How to peer review a qualitative manuscript**. In *Peer Review in Health Sciences*. Second edition. Edited by Godlee F, Jefferson T. London: BMJ Books; 2003:219-235

Annexe 4 : verbatim en lien avec les pistes d'optimisation.

a) La reconnaissance d'un statut

Un diplôme avec une formation uniformisée les incluant dans les professionnels de la santé :

« Et le Conseil Départemental le dit bien ce n'est pas un métier c'est une activité professionnelle. » (E7)

« C'est le seul métier, en France, ailleurs je sais pas, en France, c'est le seul métier où on accueille nos patrons en fait, notre euh, notre employeur il vit chez nous. » (E7)

« Il faudrait que ce soit un métier quoi, qu'on ait, qu'on ait, qu'on puisse passer un diplôme, qu'on puisse avoir, voilà. » (E9)

Ils bénéficieraient alors du secret médical :

« Ben je sais pas si on vous l'a déjà dit, mais nous les familles d'accueil on nous dit jamais rien. C'est à dire, on vient on nous présente la personne, et on sait pas. On a pas de dossier médical, on a pas...rien. » (E4)

« Parce que j'avais pas toutes les informations, malheureusement, y'a encore des choses qui font que nous l'accueillante hum....on est écarté du secret professionnel. » (E7)

« Mais je pense qu'on est des professionnels de la santé aussi, à notre niveau, on est très très très bas mais on y est aussi, et c'est là qu'y a un gros souci, c'est qu'on nous dit pas les choses. » (E7)

Ignorant les antécédents de leurs potentiels accueillis ils ne savent pas dans quoi il s'engagent et s'ils pourront le gérer :

« Comment euh voulez-vous prendre soin de quelqu'un, veiller à son bien être euh à sa sécurité si on sait pas comment il fonctionne et les maladies qu'il a ? Comment on fait ? Moi, moi je comprends pas. » (E1)

« Mais on doit savoir si la personne elle est psy, quel traitement elle prend, si y'a eu des antécédents de violence, on doit tout savoir. » (E7)

Cette ignorance du passé médical des accueillis peut entraîner une tromperie pour les placer :

« Ben du coup elle m'a un petit peu menti, elle m'a un petit peu bluffé pour que je le prenne vite vite vite euh et c'est ce qui s'est passé mais malheureusement on a tenu une semaine. » (E7)

« Et qu'on masque certaines choses. Donc euh j'aime pas qu'on le fasse, le faire aux autres quoi. Mais bon c'est la loi de la jungle. » (E8)

L'accueillant a un statut ambigu : salarié mais reconnu comme un travailleur indépendant :

« Mais à la, à la fois on a un bulletin de salaire comme, comme un employé, c'est, ça va pas c'est y'a, bon alors ils sont en train, il y a beaucoup de démarches qui sont faites dans ce sens mais pour l'instant y'a rien qui. » (E5)

« Toutes les agences, en location on est, toutes les agences nous disaient « vous n'avez pas de CDI madame. » (E7)

« C'est un statut ambigu, après on est rémunéré en tant que salarié mais on a pas de contrat de travail. On a un contrat d'accueil donc on a le cul entre deux chaises, tout le temps en fait. » (E12)

Son statut ambigu fait que l'accueillant familial n'a pas le droit au chômage :

« C'est ça le malheur après dans l'histoire. Parce que nous on a pas le droit au chômage à l'inverse des familles d'accueil pour les enfants. » (E6)

« Et qu'on ait le droit au chômage, ce serait pas mal non plus. C'est pas logique qu'on soit employé et qu'on ait pas le droit au chômage. » (E10)

« Je n'ai pas le droit au chômage. Parce qu'on a pas le droit au chômage, ça j'insiste c'est dramatique. Ben qu'on ait le chômage qu'on ait le droit au chômage. Parce que c'est une insécurité. » (E14)

L'accueillant peut rapidement plonger dans la précarité s'il perd un accueilli :

« Sans compter qu'on a aucune garantie, rien du tout quoi, quand on perd un, un patient on a plus rien. » (E5)

« Ca veut dire que du jour au lendemain nous quand on perd quelqu'un, du jour au lendemain on a plus de salaire. Vraiment d'une minute sur l'autre hein pratiquement, et il faut nous protéger aussi. » (E7)

« J'veux dire moi je vois les familles d'accueil pour euh....ASE pour jeunes mineurs, lorsqu'elles ont un enfant qui s'en va ou qui...elles ont droit à la moitié du salaire(...).Parce que c'est le département qui les paye. Nous comme on est payé par les familles donc on a droit à rien. » (E8)

b) Une revalorisation de l'activité

Le développement de publicités et d'informations sur les accueillants familiaux pourrait casser l'image stigmatisante de maltraitance :

« J'dis qu'qu'être plus reconnu ça serait bien quoi. » (E10)

« On est pas des maltraitants. » (E14)

« On ne nous fait pas assez confiance. » (E6)

La création d'un réseau entre les établissements de soins et l'accueil familial serait bénéfique pour la prise en charge de la personne âgée dépendante :

« Moi je regrette, je regrette qu'il y ait pas un maillage entre les maisons de retraite et l'accueil familial déjà je comprends même pas que voilà. » (E12)

c) Une demande de liens et d'entraide

Les groupes de parole sont très appréciés des accueillants familiaux :

« Je sais que je peux appeler mais ce qui manque c'est peut-être c'est un tout petit plus de lien avec les autres familles d'accueil, de pouvoir échanger sur nos expériences euh voilà. J'en connais très peu des autres familles. Vraiment un partage quoi. » (E2)

« Nous on l'avait demandé ça, on le demandait régulièrement quand elles passaient et un jour elles nous ont téléphoné « mais est-ce que ça vous intéresserait qu'on se regroupe autour d'un café ? » (E3)

« Donc voilà on se conseille l'une et l'autre et c'est encadré par le Conseil Départemental. Voilà et ça pour moi il me tarde d'assister. » (E7)

Les accueillants sont en demande de liens et de soutien de la part du CD, une ligne téléphonique de permanence directe ou une ligne d'astreinte pourraient y répondre :

« Ce n'est que moi euh c'est ce serait que par rapport au Conseil Général, on puisse avoir un peu plus de, de, de lien et de contact mais aussi avec les autres familles d'accueil. » (E2)

« Donc le weekend y'a pas de, y'a pas de, y'a pas de garde, on va dire deDe Permanence. » (E7)

« Vous vous retrouvez seule au monde.(...). Là c'est pareil vous avez pas de numéro d'urgence où les familles d'accueil peuvent appeler (...) » (E11)

Les accueillants familiaux souhaiteraient des solutions concrètes en terme de remplacement, comme par exemple une liste de remplaçants potentiels agréés par le CD :

« Ce que moi je souhaiterai fortement c'est qu'y ait une liste des remplaçantes, qu'on puisse contacter voilà et qu'on sait qu'elles ont été vues par le Conseil Départemental et on sait qu'on a cette liste. » (E7)

« Parce que le gros problème aussi c'est le remplacement, faut qu'on ait une personne de confiance, qui, qui sache aussi prendre la relève euh et on laisse quand même ma maison. » (E9)

« Euh de trouver des remplaçantes, ah ça c'est un peu la bagarre pour tout le monde de trouver des remplaçantes qui acceptent euh qui acceptent tout ça (...) toute personne qui intervient auprès des résidents doit être listée. » (E13)

Aussi, les accueillants familiaux aspirent à des formations adaptées et régulières :

« Euh si y'aurait des formations , dans l'idéal et dans le côté très pratique ce serait sur comment établir un contrat comme il faut. » (E2)

« Ca a pas, pour moi c'est toujours utile les formations (...) ce qui était bien j'ai pu rencontrer les autres familles d'accueil. Voilà. » (E2)

« On est toutes pareilles donc on peut pas, on peut pas s'aider si on a pas de formation hein. » (E9)

Malgré cette forte demande, il existe très peu de formations proposées par le Conseil Départemental :

« Chaque année on redemande mais bon manque de budget, tout ça. » (E5)

« Enfin bon, voilà pour dire que les formations c'est pas ça quoi. C'est pas ça quoi. » (E5)

« On avait droit à deux formations par an au Conseil Général, maintenant ils ont plus de budget donc euh terminé. On a plus rien. » (E9)

« Euh c'est ce qui manque parce que des formations on en aurait besoin. On en aurait besoin (...). On est en demande, en demande de formations. » (E9)

« Formation ? ça fait au moins trois ans qu'on a pas fait de formation. Il sont très...j'veux dire c'est ...je pense qu'y a pas beaucoup d'argent et....ou alors ils le dédient pour autre chose. » (E8)

Sans accès à ces formations, les accueillants familiaux apprennent sur le tas :

« Moi j'adore aller en formation, parce qu'on apprend des choses et tout mais sauf qu'y en a pas. Y'en a pas. C'est....donc on apprend sur le tas hein. » (E5)

« Ils devraient , ils devraient quand on a l'agrément qu'on ait toute les formations sur les pathologies euh sur l'alimentation euh sur tout parce que bon, on est pas du tout, on est pas du tout apte à....on découvre, on va découvrir au fur et à mesure. » (E9)

d) Une simplification et un accompagnement dans les démarches

La gestion départementale de l'accueil familial concourt à son manque d'uniformité et de cohérence :

« Ça ça dépend des départements en plus le Conseil Départemental. Y'a des départements où ...le Conseil Départemental est beaucoup plus présent, beaucoup plus souple ,beaucoup plus. » (E6)

« Et puis aussi y'a des départements qui ont accompagné leurs résidents enfin leurs résidents, les familles d'accueil un peu plus. » (E13)

Les accueillants estiment qu'ils devraient être suivis et évalués par des pairs :

« Ben que certaines, c'est des bureaucrates c'est pas des personnes qui sont sur le terrain et euh donc voilà enfin euh c'est un peu dommage. » (E8)

« Ouais ouais c'est le bordel en fait. Moi je pense que tous ceux qui viennent nous voir nous contrôler nous agréer n'ont jamais passé une journée en accueil familial. Voilà. » (E12)

e) Vers des nouvelles modalités d'accueil ?

Certains accueillants ont soumis l'idée d'un dispositif d'accueil plus développé et leur laissant plus d'autonomie. Il permettrait d'accueillir une petite dizaine de personnes afin de conserver un cadre familial, leur permettrait d'embaucher du personnel permanent avec un contrat stable :

« En fait, je pense qu'il y a un gros problème avec les personnes âgées, un très très gros problème, c'est...sans vouloir parler de, des grosses structures mais il faudrait des plus petites structures quoi (...) moi je préférerais avoir un petit établissement ou même si on nous laissait avoir un quatrième agrément. » (E10)

« Des petites structures de dix-douze personnes, des petites choses comme ça quoi. Où ça reste familial (...) .Je pourrais embaucher quelqu'un à, à l'année, avec un bon contrat, avec un bon salaire, normal, plutôt que d'avoir que du précaire quoi. » (E10)

Serment d'Hippocrate

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité □ dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

Introduction : Les accueillants familiaux offrent une réelle alternative entre l'établissement spécialisé et le maintien au domicile des personnes âgées dépendantes. L'objectif de notre étude était d'explorer le vécu de ces accueillants familiaux.

Méthode : Nous avons conduit une étude qualitative, en interrogeant des accueillants familiaux de personnes âgées en entretiens individuels à partir d'un guide d'entretien, jusqu'à saturation des données, dans le département des Pyrénées-Orientales. Une approche phénoménologique par analyse sémio-pragmatique inspirée de CS Peirce a été utilisée avec triangulation des chercheurs.

Résultats : Quatorze accueillants familiaux ont été interviewés. Nous avons fait émerger cinq catégories conceptualisantes. Le choix initial pour devenir accueillant familial dépend d'un parcours personnel spécifique et d'une motivation d'améliorer sa vie professionnelle et familiale. Cette activité implique un profond engagement, une capacité d'organisation et une adaptation de sa vie personnelle et familiale. Les qualités humaines nécessaires sont entre autres : la sociabilité, l'empathie, le dynamisme et la polyvalence. L'accueil familial grâce à l'intégration à la vie familiale de l'accueillant offre un accompagnement privilégié et personnalisé de l'accueilli pendant sa vie et lors de sa fin de vie. Estimés et valorisés par leurs accueillis, les accueillants ont le sentiment d'être utiles, d'être à leur place. Au travers d'échanges soutenus par une relation privilégiée, ils s'enrichissent mutuellement. En accueillant chez lui une personne étrangère, l'accueillant s'engage seul dans un présentiel permanent et perd en intimité. Il est soumis à des contraintes importantes tout en faisant face à la méconnaissance et à la dévalorisation de son activité par la société. L'accueillant doit également concilier les injonctions paradoxales exigeant son dévouement sans se lier à ses accueillis.

Discussion : L'accueil familial enrichit l'offre d'accompagnement de la personne âgée dépendante. Notre étude met en lumière la nécessité de revisiter ce dispositif en améliorant son statut, en simplifiant les démarches et en accompagnant les acteurs par les formations, le soutien des pairs et de l'institution, et un circuit de remplacement offrant du répit.

Mots clés

En français : étude qualitative, médecine générale, personnes âgées, accueil familial.

En anglais : qualitative research, general practice, elderly, adult foster care.