

# **Améliorer le statut des accueillants familiaux de personnes âgées pour maintenir un vécu positif**

Diane Ramond (1)

Marie-Catherine Reboul (1)(2)

Sylvain Pavageau (1)(2)

1: Département de médecine générale, Université de Montpellier-Nîmes, Montpellier, France.

2 : UMR 1302 Institut Desbrest d'Épidémiologie et de Santé Publique, INSERM, Univ Montpellier, Montpellier, France

## **Introduction**

Dans le contexte de vieillissement 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 [1]. L'accueil familial, est présent depuis la Révolution française et encadré par la loi de 1989 [2] mais peine à se développer. Il offre pourtant une réelle alternative entre l'établissement spécialisé et le maintien au domicile. Ce dispositif, très réglementé, permet l'accueil au domicile de trois personnes âgées de manière permanente ou non. Sa législation est nationale avec un encadrement local assuré par les Conseils Départementaux (CD), entraînant certaines disparités. La majorité des accueillants familiaux, exerçant une activité considérée comme libérale, sont pourtant employés de gré à gré [3]. L'ambiguïté de ce statut ne permet pas aux accueillants de bénéficier du chômage et des avantages sociaux qui y sont rattachés. Le nombre de places en accueil familial de personnes âgées est estimé à 18 000 [4] en 2020 contre 595 204 places en EHPAD [5]. L'accueil familial est perçu par les accueillis comme un accueil personnalisé et chaleureux mais manquerait de rigueur protocolaire [6]. Le dispositif existe à l'international comme au Canada ou aux États-Unis. Comparé aux soins en institution, l'accueil familial offrirait une meilleure qualité de vie et une meilleure autonomie, tout en étant moins cher avec une morbidité équivalente [7][8].

Les seules études donnant la parole aux accueillants sont un mémoire de sociologie de 2014 [9] et une étude réalisée à la Réunion en 2006 [10]. Les conclusions étaient que l'accueil familial était une activité méconnue et contraignante. Elle générait des besoins en terme de remplacement et de reconnaissance. Ces études se concentraient principalement sur les enjeux et les limites de l'accueil familial, aucune à notre connaissance ne s'est intéressée au vécu des accueillants familiaux.

Dans ce contexte de carence de données qualitatives, notre étude avait comme objectif d'explorer l'expérience vécue des accueillants familiaux de personnes âgées.

## Méthode

Une méthode qualitative phénoménologique était adaptée à notre objectif compréhensif.

Le recrutement a été réalisé de deux manières : par le biais du CD du lieu de notre étude et son service PAPH (Personnes Âgées et Personnes Handicapées). La liste publique des accueillants familiaux n'était pas disponible, une lettre d'information a été rédigée puis envoyée au CD qui l'a transmise par mail aux accueillants familiaux. Ces derniers recontactaient par mail l'interviewer pour organiser le rendez-vous. La suite du recrutement s'est fait par effet boule de neige : les premiers accueillants familiaux interrogés ont donné des noms de collègues qu'ils savaient possiblement intéressés. Deux accueillants ont été recrutés ainsi. Les données ont été recueillies à partir d'entretiens individuels à l'aide d'un guide (tableau 1). Celui-ci a été construit par deux membres de l'équipe de recherche en adéquation avec la méthode d'exploration de l'expérience vécue (questions ouvertes, posture de recul phénoménologique). Un premier entretien test a été réalisé auprès d'une accueillante familiale. Aucune modification n'a été effectuée.

Les entretiens ont tous été réalisés au domicile des accueillants de mai 2020 à fin septembre 2020. Ils ont été enregistrés grâce à un dictaphone après information et accord oral des participants. Une courte introduction permettait de présenter l'interviewer, de rappeler le thème abordé ainsi que d'explicitier les modalités de l'entretien et son anonymisation. Un seul chercheur a effectué le recueil de données ainsi que la retranscription des entretiens en mot à mot. Les impressions de l'interviewer, les éléments de contexte concernant le langage non verbal et de ressenti étaient joints à la retranscription.

Une analyse sémio-pragmatique phénoménologique inspirée de Charles Sanders Peirce [11] a été utilisée, justifiée par l'objectif [12][13]. Selon Peirce, trois catégories sont nécessaires et suffisantes pour rendre compte de toute l'expérience humaine: celle de la Qualité (le 1), celle des Faits (le 2), celle de la Loi (le 3) en ayant des rapports de présupposition logique entre elles, 3 présuppose 2 qui présuppose 1. 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. Des catégories de premier niveau formées d'ensembles signifiants cohérents ont été obtenues. Par comparaison constante entre le texte, la question de recherche et les catégories de premier niveau, des catégories conceptualisantes saturées ont été construites. 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. L'analyse s'est effectuée au fur et à mesure des entretiens jusqu'à saturation des données et confrontée pour une triangulation par un autre chercheur. La rédaction a été guidée par la grille RATS [14]. L'avis d'un comité de protection des personnes n'a pas été sollicité en raison de l'objectif et de la méthode utilisée. Un avis a été demandé au comité d'éthique du CNGE\* le 27 novembre 2020. Un numéro RIB a été attribué : AVIS 051120224.

\*CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

## Résultats

14 accueillants ont été interrogés. La saturation des données a été atteinte au douzième entretien et confirmée par l'analyse de deux entretiens supplémentaires. Notre échantillon n'était constitué que de femmes âgées de 32 à 61 ans avec une moyenne d'âge de 52 ans (tableau 2). La majorité exerçait auparavant un métier paramédical, était en couple avec des enfants qui ne vivaient plus avec elle. La durée moyenne des entretiens était de 49 minutes.

Les 5 catégories issues de l'analyse sémio-pragmatique sont détaillées dans ce paragraphe, en intégrant les propriétés de ces catégories. Des extraits de verbatims signifiants illustrent les résultats, avec la catégorie de Peirce à laquelle ils appartiennent (1, 2 ou 3).

**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.**

L'accueillant familial possédait déjà une expérience de prise en charge de la personne âgée de par son vécu personnel ou professionnel. *« 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. » (AF8)(catégorie 2 selon Peirce).* Devenir accueillant familial était majoritairement le fruit d'une reconversion en raison d'un manque d'épanouissement professionnel. Le but était d'accéder à une meilleure qualité de vie (travailler chez soi, être disponible pour ses enfants).

**Être accueillant implique 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 était une activité professionnelle solitaire qui nécessitait un fort présentiel ainsi qu'une organisation rigoureuse afin d'assurer constamment une sécurité physique et

mentale des accueillis. Non à la portée de tout le monde, ce dévouement relevait de la passion voire du sacerdoce.

« *C'est un sacerdoce hein. C'est pas un boulot qu'on prend comme ça. C'est, le 24/24 on vit avec eux.* » (AF3)(cat.3) 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. Certaines qualités humaines jugées indispensables pour cette profession : « *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* » (AF6)(cat.3) « *C'est un métier où on prend du caractère.* » (AF13)(cat.3)

**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.**

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 : « *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.* »(AF7)(cat.3). Les accueillants faisaient en sorte que leurs accueillis s'épanouissent et que leur famille en soit témoin.

L'accompagnement de la fin de vie était souligné comme une étape importante : « *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.* » (AF6)(cat.2) « *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. » (AF6)(cat.3)*

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

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.

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. » (AF1)(cat.3) « ça m'apporte de l'amour (cat.1 et 2), puisque c'est beaucoup d'amour avec les personnes âgées, surtout avec les personnes âgées (cat.3). » (AF7)*

Porté par une relation unique avec ses accueillis, l'accueillant exerçait une activité qui lui correspondait. *« Finalement j'ai trouvé un sens à ce métier (cat.2) c'est qu'on a une reconnaissance directe(cat.3). » (AF2)* La gratification professionnelle qui en résultait menait vers un épanouissement personnel et le bien être professionnel. Ces valeurs partagées de respect et de tolérance pouvaient se transmettre à la jeune génération et ce partage intrafamilial était vécu comme une chance.

**Le métier est soumis à des contraintes importantes, à la méconnaissance et à la dévalorisation par la société. Le cadre imposé par la tutelle et les difficultés relationnelles sont souvent mal vécus.**

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. Accueillir des personnes chez soi et en prendre soin était une activité professionnelle contraignante. L'obligation présenteielle le rendait tributaire d'autres personnes pour ses déplacements (remplaçant, ami...) « *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.* » (AF13) (cat.3) Paradoxalement ce qui apparaissait comme un avantage était aussi une contrainte : « *Alors ça c'est, c'est une difficulté aussi, la difficulté c'est ça, c'est quand même que on est à la maison.* » (AF14)(cat.3) L'accueillant perdait en tranquillité et en intimité par le passage fréquent des professionnels de santé ou des familles. Il était confronté aux différentes pathologies de leurs accueillis et la plupart du temps était insuffisamment préparé à y faire face, surtout dans le cadre de la démence. Assister à la souffrance de ses accueillis était un autre versant de la maladie qu'il était difficile d'appréhender. Le fait de ne pas être considéré comme professionnel de santé et n'ayant donc pas accès aux informations médicales engendrait de la frustration. 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. Un sentiment de dévalorisation était mis en avant, à travers cette méconnaissance conduisant parfois à des placements par défaut. « *Vous savez on est pas très bien vu les familles d'accueil hein.* » (AF8)(cat.3) « *Alors moi déjà ce que je dirais ce que je trouve très très dommage (cat.1) c'est qu'on ne soit pas connu et reconnu et soutenu.* » (AF12)(cat.3)

Le carcan réglementaire s'était densifié ces dernières années et commençait à perdre son caractère familial. Le cadre rigoureux alourdissait la gestion de l'accueil. Les règles théoriques de l'accueil toujours plus nombreuses se heurtaient constamment aux nécessités pratiques. «

*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. » (AF6)(cat.3)* Il existait un durcissement réglementaire et une multiplication des contrôles, jugés parfois comme non pertinents et donnant un sentiment d'incompréhension ou de colère. Certains se demandaient même si il existe une volonté de faire disparaître le dispositif. *« 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. » (AF11)(cat.3).* Tout cela entraînait un système pernicieux avec une peur de la transparence, une peur de l'institution et une peur des représailles : *« 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) (cat.2 et 3)*

Des difficultés relationnelles ont été exprimées par les interviewés. 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. La relation accueillant-accueilli était réglementée par le CD qui imposait des rapports professionnels et une distance émotionnelle : *« 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. » « Et ça le Conseil Général il aime bien qu'on cloisonne. » (AF3)(cat.3)* 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. Cette frontière était vécue comme un paradoxe : *« 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. » (AF2)(cat.3)*

Discussion



Notre étude propose un regard neuf sur le vécu intime des accueillants familiaux de personnes âgées offrant de nouvelles perspectives. Elle a mis en lumière ce qu'ils ressentent apporter à l'accueilli. 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. Les accueillants interrogés étaient des femmes de moyenne d'âge de 52 ans, 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 » [9]. Elles étaient à la recherche d'une meilleure qualité de vie conciliant une activité professionnelle rémunérée et les exigences de la vie familiale, ce qui concorde avec un travail gériatrique de 2008 [15]. Certaines qualités et compétences indispensables de l'accueillant ont émergé de notre analyse. Elles sont pour la plupart communes aux professions du soin (empathie, sociabilité, dynamisme, engagement) mais d'autres semblent plus spécifiques au contexte d'accueil au domicile, comme la capacité d'organisation, la polyvalence, l'adaptabilité. 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. La récompense des accueillants est le bien-être de leurs accueillis. La présence permanente obligatoire, l'implication nécessaire malgré les nombreuses contraintes inhérentes sont des sacrifices que l'accueillant est prêt à effectuer. Il travaille seul et s'occupe continuellement de trois personnes âgées avec leurs différentes pathologies et besoins. L'étude de 2006 [10] montrait déjà ce paradoxe entre une activité engagée et valorisante personnellement et des contraintes lourdes. travailler chez soi apparaissant comme un avantage dans le choix professionnel s'avérait au final 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. 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 [16]. Notre étude insiste sur 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 tel que préconisé par l'institution. Cette injonction paradoxale est impossible à concilier pour l'accueillant. Comment ne pas se lier à quelqu'un qui vit chez soi et dont on a la charge jusqu'à la fin de sa vie ? Rejoignant les données de la littérature, les accueillants souffraient également d'un statut professionnel ambigu [17]. L'activité d'accueil ne rentre pas dans les dispositions ordinaires du Code du Travail et peut être considérée comme précaire, l'agrément ne valant pas un accueil systématique et pérenne [18]. Leur contrat de gré à gré n'étant 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 CD. Aussi, les accueillants sont exclus du cadre des professionnels de la santé, et ne bénéficient pas du partage du secret médical de leurs accueillis. Un manque de formations a également été soulevé dans notre étude. La décentralisation du pilotage du dispositif creuse les disparités. La rémunération, les contrôles, le soutien varient d'un département à un autre. Les accueillants familiaux ont exprimé une certaine ambivalence vis-à-vis du CD. Malgré la compréhension de la nécessité de coopération et de la légitimité des contrôles, ils considéraient l'instance comme 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 [9] relevait le soutien relatif du CD 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 emplies de méfiance. Il existe un manque de différenciation entre le suivi de l'accueil familial et le contrôle des

accueillants régulés tous deux par le CD. Le plus souvent ils sont 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 CD, le suivi assuré par les assistantes sociales du secteur [15]. Et pour autant, comment contrôler le partage de la vie familiale ou la nature de la relation entre l'accueillant et l'accueilli ?

Concernant la méthode, 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. L'interviewer s'est présenté avec un objectif d'écoute neutre et anonyme, ce qui a pu libérer les échanges critiques autour de l'institution. 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 effectuée en continu et le respect des lignes directrices de la RATS *chek-list* ont renforcé la robustesse de notre étude.

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. Cependant il n'existait pas d'accueillant ayant ce statut dans le département au moment de notre étude. Celle-ci 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. La qualité des premiers entretiens était perfectible, due au manque de formation de l'interviewer ; l'absence de certaines relances a pu entraîner une perte d'informations. 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 pu être affectée. Nous n'avons pas soumis le résultat de notre analyse aux interviewés ce qui aurait renforcé la validité.

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. Sa plus-value principale est l'accueil personnalisé. Or ce dispositif souffre de son manque d'attractivité et de ses importantes contraintes. Les accueillants espèrent des changements afin d'en favoriser le développement et de susciter des vocations. Différents axes d'amélioration peuvent être apportés à la suite de notre étude : les accueillants familiaux aspirent à la structuration de leur activité professionnelle afin qu'elle soit reconnue en tant que métier à part entière. Ils pourraient alors prétendre à un diplôme avec une formation uniformisée leur permettant d'accéder au statut de professionnels de la santé pouvant partager le secret médical de leurs accueillis. La clarification de leur statut professionnel avec une prétention au chômage, réduirait la précarité financière. Les accueillants souhaitent casser l'image stigmatisante de la maltraitance par une communication adaptée et élargie. Ce dispositif devrait être abordé dans la formation initiale des professionnels de santé afin qu'ils comprennent l'activité et les enjeux. Les accueillants sont également en forte demande de formations adaptées. Il serait pertinent que le CD fournisse une liste de remplaçants potentiels agréés afin d'offrir des solutions concrètes de congés. Les accueillants se sentent isolés dans leur activité. Ils aspirent à faire partie d'une communauté. Les groupes de parole sont à développer. Aussi, l'accueillant familial aimerait plus de soutien de la part du CD qui est difficilement joignable. Une ligne téléphonique de permanence directe, ou une ligne d'astreinte sont des solutions. Enfin, malgré un contrôle de l'activité estimé comme justifié, la légitimité de l'équipe médico-sociale est remise en cause. Les accueillants demandent à être évalués par des pairs. A noter que le résultat de notre étude a été mis à la disposition du CD local. Des études centrées sur l'expérience des accueillis eux-mêmes ou des familles enrichiraient la discussion autour de ce dispositif.

## Conclusion

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. C'est un enjeu pour maintenir un vécu positif de cet accueil personnalisé qui a toute sa place dans l'offre possible de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

## Références

1. Diederich-Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. 1998. Disponible sur: [https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/ccne\\_avis\\_128.pdf](https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/ccne_avis_128.pdf) [consulté le 25 février 2022].
2. 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.
3. 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.
4. Personnes âgées ou handicapées : propositions pour développer l'accueil familial. Vie publique France. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/277996-dependance-ou-handicap-propositions-pour-developper-laccueil-familial> [consulté le 16 décembre 2021].
5. UniSante FR | Actualités. Disponible sur: <https://www.uni-sante.fr/actualites/ephad2020> [consulté le 16 décembre 2021]
6. Chammem R, Domi S, Schott AM. Perceptions and Experiences of Older Persons in Two

Types of Institution in France: Foster Care Family Institution and Medico-Social One.  
Front Public Health. 6 sept 2021;9:684776.

7. Braun KL, Rose CL. Geriatric Patient Outcomes and Costs in Three Settings: Nursing Home, Foster Family, and Own Home. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1987;35(5):387-97.
8. Oktay JS, Volland PJ. Foster home care for the frail elderly as an alternative to nursing home care: an experimental evaluation. *Am J Public Health*. déc 1987;77(12):1505-10.
9. Dubertrand P. L' accueil familial pour les personnes âgées: une activité à définir [mémoire]. Toulouse; 2014.
10. Jetter S, Observatoire de la réunion juin 2006, n°54. Disponible sur: <https://www.famidac.fr/IMG/pdf/ODR-AF-reunion.pdf> [consulté le 29 novembre 2019]
11. Charles Sanders Peirce : La sémiotique / Signo - Théories sémiotiques appliquées. Disponible sur: <http://www.signosemio.com/peirce/semiotique.asp>. [consulté le 24 juillet 2020].
12. Bourrel G et Oude Engberink A. La phénoménologie pragmatique en recherche qualitative. L'analyse qualitative de verbatims en Sciences Humaines de la Santé. Schwabe Verlag. Res Socialis. 2021.
13. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin. 2012. 424 p. (U).
14. Clark, J., Clark, J.P., Clark, P. et Clark, J.F. (2003). How to peer review a qualitative manuscript. *Peer Review Health Sciences*. Second edition. Edited by Godlee F., Jefferson T. London : BMJ Books, 219-235.

15. Pineau M L'accueil familial des personnes âgées: quelle complémentarité entre le maintien à domicile et l'hébergement 2007-2008, 49 p [Internet]. Disponible sur: <https://www.famidac.fr/IMG/pdf/EtudeAccueilFamilial.pdf> [consulté le 4 décembre 2020]
16. Cébula J-C. L'accueil familial des adultes. Paris, France: Dunod; 1999.
17. Rosso-Debord V. Vers un nouvel accueil familial des personnes âgées et des personnes handicapées. 2008.
18. Conseil Départemental de la Nièvre, guide de l'accueil familial 4 mars2018 bat. Disponible sur: [https://nievre.fr/IMG/pdf/guide\\_accueil\\_familial\\_a4\\_mars2018\\_bat.pdf](https://nievre.fr/IMG/pdf/guide_accueil_familial_a4_mars2018_bat.pdf) [consulté le 4 décembre 2020].

Tableau 1 : Guide d'entretien

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

Relances : 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 ?

Relances : 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.

Relances : 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 ?

Relances : 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?



Tableau 2 : caractéristiques de l'échantillon

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

| 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<br>1 PH                   | 110 min         |
| AF2                  | F    | 37 ans | Pacsée         | 2 présents | Diététicienne                            | 2016 pour 3                             | 2 PA<br>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<br>1 place libre          | 45 min          |
| AF7                  | F    | 32 ans | Concubinage    | 0          | Animatrice pour enfants, remplaçante AF  | 2018 pour 3                             | 1 PA<br>1PH<br>1 en attente    | 45 min          |
| AF8                  | F    | 55ans  | Pacsée         | 3 présents | Auxiliaire de vie                        | 2012 pour 3                             | 2 PA<br>1 PH                   | 56 min          |
| AF9                  | F    | 59 ans | Mariée         | 2          | Aide à domicile                          | 2009 pour 2                             | 1PA<br>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<br>1PA (avec troubles psy) | 64 min          |
| AF12                 | F    | 54 ans | Mariée         | 2 présents | Hôtellerie , restauration et commerciale | 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          |