



**EHESP**

---

**Inspecteur de l'action sanitaire et  
sociale**

Promotion : **2007-2009**

Date du Jury : **Mars 2009**

---

**La problématique de logement des  
personnes en souffrance psychique :  
créer une résidence accueil en  
Dordogne.**

---

**Pauline HECKMANN**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier les agents de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de la Dordogne et particulièrement ceux du Pôle Social pour leur soutien et leur confiance tout au long de ce projet de résidence accueil.

Mes remerciements vont également à mon maître de stage, Monsieur Didier COUTEAUD, pour ses précieux conseils lors de l'élaboration de la structure de ce mémoire professionnel, ainsi qu'à tous mes collègues qui ont tout mis en œuvre pour que je dispose de toutes les informations nécessaires à la réalisation de ce travail.

Il m'a été donné de rencontrer et de m'entretenir avec de nombreux professionnels des secteurs sanitaire et social. Je leur suis reconnaissante de m'avoir accueillie et accordé de leur temps et espère être fidèle à leurs propos dans mon analyse. Je remercie tout particulièrement Madame Béatrice MAGNAN, Présidente de l'Association Solincité pour sa disponibilité, ainsi que Monsieur Gallo THIAM de la maison relais Lakanal à Périgueux.

Nous avons réalisé une avancée importante avec l'Association Croix Marine, son Président, Monsieur Michel HILLARET et sa vice-présidente, Madame Jeannine TORRENT, sur le dossier de montage de la première résidence accueil sur le département de la Dordogne. Je les remercie de leur confiance dans cette démarche et espère voir rapidement ouvrir cette structure indispensable à l'offre sur le territoire.

Enfin, parce que la réalisation d'un mémoire est un travail d'envergure fait de bons et de mauvais moments, je remercie toutes celles et ceux qui ont supporté mes sautes d'humeurs avec bienveillance.

---

# Sommaire

---

•	<b>Introduction</b> .....	1
I.	<b>État des lieux de la problématique de logement des personnes en souffrance psychique en France : de l'identification de besoins spécifiques à l'expérimentation d'un dispositif adapté</b> .....	7
A.	<b>Définition de la souffrance psychique et état des lieux de la santé mentale en France : une problématique à la jonction des secteurs sanitaire et social</b> .....	7
1.	La souffrance psychique, un enjeu de santé publique.....	7
2.	La souffrance psychique, générateur d'isolement social. ....	9
3.	L'isolement social, facteur de mal logement. ....	11
B.	<b>Une incapacité des dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux à répondre aux besoins de logement des personnes en souffrance psychique</b> .....	12
1.	L'hôpital : une réponse utilisée mais inadaptée.....	12
2.	Une offre médico-sociale trop formatée.....	14
3.	Une offre de structures sociales inadaptées pour prendre en compte la problématique santé.....	15
C.	<b>De la naissance du dispositif des maisons relais à l'expérimentation des résidences accueil</b> .....	16
1.	Les maisons relais : une réponse aux besoins de logement des personnes les plus fragiles et les plus précarisées.....	16
2.	L'expérimentation des résidences accueil : une réponse au mal logement des personnes en souffrance psychique.....	19
II.	<b>Le logement des personnes en souffrance psychique dans le département de la Dordogne : un manque de structures adaptées</b> .....	23
A.	<b>Un secteur sanitaire qui ne prend en charge que les troubles les plus lourds</b> .....	23
1.	Un manque de structures d'aval pour les hôpitaux.....	23
2.	Des initiatives du secteur sanitaire pour améliorer l'accès au logement des personnes en souffrance psychique : les appartements associatifs.....	24
B.	<b>Des propositions de logement qui occultent la problématique spécifique de la souffrance psychique</b> .....	26

1.	Des CHRS en mal de propositions de logement adapté pour les personnes en souffrance psychique. ....	26
2.	Les maisons relais : une alternative satisfaisante mais insuffisante pour le logement des personnes en souffrance psychique en Dordogne. ....	27
3.	Le malaise des travailleurs sociaux dans la prise en charge des souffrances psychiques faute de travail en réseau. ....	28
<b>C.</b>	<b>Une opportunité à saisir sur le département de la Dordogne. ....</b>	<b>30</b>
1.	Des besoins identifiés et définis comme prioritaires. ....	30
2.	L'exemple de la résidence accueil « Jean Mialet » dans le Lot et Garonne : une expérience concluante pour améliorer l'accès au logement des personnes en souffrance psychique . ....	31
3.	Une fenêtre d'opportunité financière. ....	34
<b>III.</b>	<b>La création d'une résidence accueil à Bergerac : une première étape pour mieux prendre en charge les besoins de logement des personnes souffrant de troubles psychiques sur le département. ....</b>	<b>37</b>
<b>A.</b>	<b>Impulser une dynamique territoriale. ....</b>	<b>37</b>
1.	Créer les conditions d'émergence d'un projet de qualité et faire adhérer les partenaires. ....	37
2.	Articuler les acteurs du sanitaire et du social : l'enjeu de la définition des priorités et des objectifs du projet. ....	39
3.	Identifier un porteur solide pour le projet. ....	41
<b>B.</b>	<b>Impulser un projet visant à l'amélioration et la qualité de l'accès au logement des personnes en souffrance psychique. ....</b>	<b>43</b>
1.	Les modalités d'accueil des personnes : mettre en place un dispositif d'accueil précis. ....	43
2.	Un projet en réseau : l'importance du partenariat. ....	44
3.	Un projet dans la ville : une recherche de locaux délicate nécessitant une coordination des services de l'Etat. ....	46
<b>C.</b>	<b>Un dispositif nécessaire mais non suffisant pour répondre à la problématique de logement des personnes souffrant de troubles psychiques. ....</b>	<b>49</b>
1.	Les publics les plus exclus restent encore privés d'accès au logement. ....	49
2.	Des solutions alternatives à développer et une réflexion à approfondir autour du logement des personnes souffrant de handicap psychique. ....	51
3.	L'accueil d'un public spécifique : le risque de ghettoïsation de la population en souffrance psychique. ....	52

- **Conclusion .....55**
- Bibliographie .....57**
- Liste des annexes .....I**

---

## Liste des sigles utilisés

---

APARE : Association pour la Participation et l'Action Régionale  
APL : Aide Personnalisée au Logement  
ASD : Association Soutien Dordogne  
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles  
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale  
CH : Centre Hospitalier  
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale  
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé  
CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence  
CILE : Comité Interministériel de Lutte contre l'Exclusion  
CMP : Centre Médico-Psychologique  
CMPI : Centre Médico-Psychologique Infantile  
CPJA : Centre Psychothérapique de Jour pour Adultes  
DALO : Droit Au Logement Opposable  
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales  
DDE : Direction Départementale de l'Équipement  
DDCSPP : Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection de la Population  
DDSP : Direction Départementale de la Solidarité et de la Prévention  
DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale  
DGHUC : Direction Générale de l'Urbanisme, de l'Habitat et de la Construction  
ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail  
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé  
GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle  
GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle  
GTNDO : Groupe Technique National de Définition des Objectifs  
IASS : Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale  
IME : Institut Médico-Educatif  
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée  
MAT : Maison d'Accueil Temporaire  
MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
PARSA : Plan d'Action Renforcée en direction des Personnes Sans Abri  
PCH : Prestation de Compensation du Handicap

PDALPD : Plan Départemental pour l'Accès au Logement des Personnes en Difficulté  
PLA-I : Prêt Locatif Aidé d'Intégration  
PLD : Plan Local Dordogne  
PPSM : Plan Psychiatrie Santé Mentale  
SAFED : Secours Aux Familles En Difficulté  
SAHI : Schéma Accueil Hébergement Insertion  
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés  
SAO : Service d'Accueil et d'Orientation  
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale  
SESSAD : Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile  
SOLINCITE : SOLidarité Intégration Citoyenneté Territoire  
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire  
TPSA : Tutelle aux Prestations Sociales Adultes  
UDAF : Union Départementale des Associations Familiales  
UNAFAM : Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques

## • Introduction

La santé mentale est un enjeu de santé publique. En effet, les troubles résultant d'une mauvaise santé mentale touchent une part importante de la population française. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé repose sur un état complet de bien-être physique et mental. Les données épidémiologiques et les indicateurs de santé concernant la souffrance psychique sont difficiles à récolter. Le livre blanc de la psychiatrie précise que les données épidémiologiques en santé mentale sont insuffisantes en France. Néanmoins, comparée à d'autres pays européens, la France affiche des indicateurs de santé mentale moins favorables : la santé mentale positive se situe à un niveau bas (9<sup>ème</sup> rang sur 11), tandis que le taux de détresse psychologique est élevé (3<sup>ème</sup> rang sur 11) et qu'on observe une fréquence des troubles dépressifs et anxieux particulièrement élevée qui met le pays au dernier rang des pays comparés<sup>1</sup>.

Certaines populations présentent des risques plus élevés : les jeunes (18–24 ans) vis à vis des troubles dépressifs, les personnes âgées vis à vis du suicide ou les personnes sans emploi pour ce qui concerne la détresse psychologique. On relève également une prescription et une consommation de psychotropes particulièrement élevées tant pour les anxiolytiques que les antidépresseurs.

La souffrance qui résulte de ces troubles entraîne des situations d'incapacité et de handicap préjudiciables à l'épanouissement et à l'insertion des personnes dans une société qui les stigmatise et peine à s'adapter à leur réalité de vie.

Une prise de conscience de l'ampleur de cette problématique, sensible dans les évolutions réglementaires et législatives, a eu lieu au début des années 2000. La loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale pose les bases d'une prise en compte de la souffrance psychique. Un pas important est ensuite franchi avec la reconnaissance de la maladie psychique comme un handicap par la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la citoyenneté et la participation des personnes handicapées. Cette reconnaissance permet aux personnes de bénéficier d'une prise en charge et d'une orientation vers des structures jusqu'alors réservés aux autres handicaps reconnus. Leur accompagnement s'améliore donc. Toutefois, aucune structure n'est spécifiquement mis en place pour répondre à leurs besoins pourtant spécifiques.

Bien que soient reconnus leur handicap et leur souffrance, les besoins des personnes ayant des troubles psychiques restent cependant largement méconnus. Faute

---

<sup>1</sup> Ministère de la santé, Psychiatrie et santé mentale, Plan 2005-2008, p.5

d'identification de leurs besoins, les structures et les dispositifs sont majoritairement inadaptés à leur suivi et accompagnement et ce public souffre d'une exclusion sévère, propre à aggraver leurs troubles. Globalement entravé par les manifestations de sa souffrance psychique, son accès à la citoyenneté est compromis, notamment du fait d'un accès au logement très restreint. Or le logement est une composante essentielle de la conquête d'autonomie et de l'insertion sociale d'un individu. La problématique d'accès au logement se pose de manière à la fois aiguë et spécifique aux personnes souffrant de troubles psychiques.

Le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 reconnaît cet état de fait dans son premier bilan : la précarisation sociale peut être à la fois source et facteur aggravant de troubles psychiques, invalidant les habiletés sociales de la personne et ses possibilités d'adaptation. Réciproquement, des problèmes psychiques peuvent entraîner une exclusion sociale de ces personnes, non seulement par la société mais aussi par les institutions sociales et médico-sociales, peu adaptées à la prise en charge d'un tel public. Cette population, cumulant des problématiques sociales et psychiques souvent rassemblées sous le terme désormais courant de « détresse psychosociale », souffre globalement d'un manque de structures idoines de prise en charge, alliant échéance longue, accompagnement médico-social adapté et (re)conquête de l'autonomie. C'est précisément la vocation des maisons relais, impulsées par la circulaire du 10 décembre 2002<sup>2</sup>, complétée par la note d'information du 16 novembre 2006 sur l'expérimentation des résidences accueil, maisons relais spécialisées dans l'accueil de personnes en souffrance psychique, et soutenues par d'importantes subventions étatiques. Cette modalité de prise en charge des personnes en situation d'exclusion constitue une véritable solution innovante : il s'agit d'offrir, pour une période non bornée<sup>3</sup>, un lieu de vie à des personnes ayant besoin d'un temps et d'un espace de transition avant de retrouver leur autonomie.

L'actuel schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) pour l'Aquitaine 2006-2011 insiste, dans son volet « psychiatrie et santé mentale », sur la nécessaire émergence de structures innovantes pour l'accueil et la prise en charge des personnes handicapées psychiques au sein de la société.

---

<sup>2</sup> Cf. Annexe 1.

<sup>3</sup> Contrairement aux centres d'hébergement et de réinsertion sociale, qui ne sont destinés qu'à des hébergements ponctuels et ne constituent en rien des structures de logement.

En Dordogne, le réseau santé mentale est étoffé au regard de l'offre nationale ; les structures de prise en charge sont diversifiées bien qu'inégalement réparties sur le département. A l'instar de la situation nationale, les établissements publics de santé du département ainsi que les centres psychothérapeutiques de jour pour adultes ne parviennent pas à faire face à une affluence croissante de populations en souffrance mentale, orientées vers ces structures faute de structures adaptées pour prendre en charge des troubles psychiques ne relevant pas de l'hospitalisation mais nécessitant tout de même un encadrement spécifique.

Il apparaît en outre que les travailleurs sociaux et d'une façon plus générale les professionnels du secteur social expriment des difficultés voire un réel malaise, du fait de l'importance grandissante des situations qu'ils ont à traiter, dans lesquelles la dimension psychosociale des problèmes ou le trouble psychique de l'utilisateur sont présents, de façon plus ou moins manifeste<sup>4</sup>. Ils se sentent alors démunis dans leur pratique professionnelle et avouent ne pas savoir comment orienter ces personnes<sup>5</sup>.

Pourquoi la prise en charge de la santé mentale, telle qu'elle est organisée actuellement en Dordogne, ne répond-elle pas aux besoins de logement de ces personnes ? De nombreux questionnements ont conduit ma réflexion, le principal étant d'apprécier l'opportunité de créer une résidence accueil sur le département de la Dordogne. Ce questionnement ne dépend pas uniquement d'une étude de besoins, qui a révélé au demeurant l'existence d'un véritable besoin de structures spécifiques pour rapprocher les personnes en souffrance psychique de l'autonomie et du logement ; il suppose également de s'interroger sur la logique qui fonde le dispositif en lui-même. En effet, une résidence accueil réunit uniquement des personnes souffrant de problèmes psychiques. Il nous faut déterminer si ce choix est souhaitable, ou du moins soulever la question.

La question du montage d'une résidence accueil est au carrefour de plusieurs enjeux de société : d'une part, la prise en charge des personnes précarisées, exclues et leur réinsertion dans la société, d'autre part, l'intégration des personnes souffrant de troubles encore aujourd'hui trop considérées comme dangereuses et indésirables. L'inspecteur est, dans ce contexte, saisi dans sa position d'acteur social, technicien du domaine social et médico-social, veillant à la prise en charge des personnes les plus démunies et les plus vulnérables.

---

<sup>4</sup> *Souffrances ou troubles psychiques ; rôle et place du travailleur social*, Collection santé mentale, DGAS/DGS, sept. 2007

Par ailleurs, cette problématique révèle une nécessaire coordination entre les acteurs sociaux et médico-sociaux et ceux du sanitaire pour promouvoir et permettre une appréhension plus sereine de la maladie mentale. L'IASS peut être le personnage clé, trait d'union de cette coordination : il a les moyens d'impulser et de favoriser leur travail en collaboration, en interlocuteur régulier des deux secteurs.

Enfin, de nombreux acteurs sont à mobiliser pour l'émergence d'une structure nouvelle, a fortiori lorsqu'elle est innovante et spécialisée : Croix Marine est le promoteur du projet, l'Etat le financeur, le personnel soignant l'acteur central, les usagers le cœur. Au delà du travail de coordination évoqué précédemment, un véritable travail d'animation, voire d'activation, du réseau sanitaire, médico-social, et social est indispensable pour mener à terme ce projet dans toutes ces dimensions et lui donner toute la richesse qu'il peut potentiellement avoir.

Ainsi, de nombreuses facettes des compétences de l'inspecteur sont mises à contribution pour le montage de cette maison relais. Tant dans le travail de traitement de l'information et d'étude de documents préalable à la conduite du projet, que dans la réalisation concrète de la structure, l'inspecteur est sollicité pour sa technicité, sa rigueur, sa capacité à coordonner et à animer un réseau. Mais il lui est également demandé d'impulser un projet innovant avant de guider et encadrer les acteurs qui auront pris son relais pour la réalisation finale de la structure. Autant de missions dévolues à l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale et qui font appel aux différentes qualités de diplomatie, capacité au dialogue, rigueur méthodologique, et conduite de réunion requises pour le métier d'inspecteur.

J'ai pu mettre à l'épreuve ces compétences en accompagnant le promoteur du projet, l'association Croix Marine dans l'élaboration de son projet, de sa rédaction afin qu'il soit déposé dans les délais fixés par la DDASS, à la mise en relation du promoteur avec une association du département limitrophe du Lot et Garonne coutumière de ce genre de structure inexistante en Dordogne.

En outre, j'ai organisé une réunion afin de présenter le dispositif aux partenaires du département, des praticiens hospitaliers aux acteurs du domaine social afin de faire œuvre pédagogique, de préciser ce qu'est et ce que n'est pas une résidence accueil et afin de faire émerger une volonté commune de création d'une telle structure.

Afin de prendre connaissance du dispositif des maisons relais, j'ai étudié les textes réglementaires ayant trait aux maisons relais ainsi que les documents d'évaluation réalisés notamment le rapport Pélissier. Des circulaires sont venues compléter le

---

<sup>5</sup> Cf. rapport « Réseau et politique de santé mentale : mutualisation et spécificités des compétences » ORSPERE-ONMSP, oct. 2002

dispositif et ont précisé les types de maisons relais spécifiques pouvant être créées, parmi lesquelles les résidences accueil le 16 novembre 2006, spécialisées dans le logement des personnes en souffrance psychique.

La lecture d'articles sur le fonctionnement au quotidien des maisons relais et du rapport Pélissier de mai 2008, dressant le bilan des maisons relais depuis leur création en 2002 m'ont également guidé dans ma démarche.

J'ai enfin réalisé des entretiens avec des professionnels de la santé mentale, des travailleurs sociaux, des animateurs de maisons relais, des hôtes, des responsables d'association gestionnaire de résidence accueil et de maison relais, ainsi que des personnes logées en résidence accueil. Le traitement des informations recueillies lors de ces entretiens ont nourri en grande partie l'étude d'opportunité de création d'une résidence accueil sur le département. Enfin, la visite d'une maison relais dans la ville de Périgueux et d'une résidence accueil en Lot et Garonne ont complété les bases de ma réflexion.

Après avoir fait un état des lieux de la problématique de logement des personnes en souffrance psychique dans lequel seront présentés les différents dispositifs, sera exposée la situation telle qu'elle existe dans le département de la Dordogne. Enfin, sera développé le montage d'une résidence accueil sur ce département comme réponse adéquate à la pénurie de logements pour cette catégorie de personnes.

# **I. État des lieux de la problématique de logement des personnes en souffrance psychique en France : de l'identification de besoins spécifiques à l'expérimentation d'un dispositif adapté.**

Il est vain d'essayer de cerner la problématique du logement des personnes en souffrance psychique sans aborder préalablement la réalité vécue au quotidien par ces personnes (A). En effet, l'accès au logement n'est qu'une facette des difficultés rencontrées par cette catégorie de la population. Elle est pourtant symptomatique de la complexité d'intégration et d'accès au logement de ces personnes dans notre société, confrontées à des dispositifs inadaptés (B). La nouvelle formule des maisons relais, et plus particulièrement des résidences accueil, innove pour tenter de répondre à ce défi (C).

## **A. Définition de la souffrance psychique et état des lieux de la santé mentale en France : une problématique à la jonction des secteurs sanitaire et social.**

### *1. La souffrance psychique, un enjeu de santé publique.*

La souffrance psychique est à différencier de la pathologie psychiatrique, tout comme la santé mentale est à différencier de la psychiatrie. Le champ de la santé mentale est plus large que celui de la psychiatrie ; elle est une composante de la santé publique et constitue une préoccupation majeure, d'autant que son impact économique et ses conséquences sociales sont importantes. La santé mentale recouvre trois dimensions:

- une dimension positive qui recouvre l'épanouissement personnel,
- une dimension regroupant la détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles,
- une dimension rassemblant les troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques<sup>6</sup>.

Les troubles résultant d'une mauvaise santé mentale touchent une part importante de la population française. La souffrance qui résulte de ces troubles entraîne des situations d'incapacité et de handicap préjudiciables à l'épanouissement des personnes. Elle recouvre une dimension individuelle et sociétale majeure, en ce que ses troubles altèrent le rapport à l'Autre, et compromet le lien social, entraînant rejet et exclusion par la double incapacité de la personne à s'intégrer dans la société et celle de la société à dépasser les peurs que suscitent encore les troubles psychiques.

---

<sup>6</sup> Ministère de la santé, Plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008, p.4

Il est délicat de donner une définition précise des caractéristiques de la souffrance psychique, qui recouvre des troubles variés et hétérogènes. Toutefois, on peut préciser que le handicap psychique, reconnu par la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la citoyenneté et la participation des personnes handicapées, est distinct du handicap mental. Par défaut, il est ainsi possible d'en esquisser quelques spécificités.

Tout d'abord, le handicap psychique a pour origine une maladie psychiatrique qui peut apparaître soit dès l'enfance soit à l'âge adulte. Les capacités intellectuelles de l'individu ne sont pas forcément affectées ; elles peuvent même être parfaitement conservées. Le handicap est chronique ou ponctuel : il peut exister des phases de rémission ou de réduction des symptômes, et des phases de stabilisation.

Il s'agit d'un véritable handicap, et non d'une maladie, en ce que les troubles psychiques traduisent une altération du comportement et du jugement et entraînent donc des difficultés particulières à s'adapter à la vie en société. La relation à soi et aux autres s'inscrit dans un cadre problématique et entraîne le plus souvent un repli sur soi et un isolement ayant pour conséquence directe l'organisation d'une vie aux marges de la société. Au contraire, le handicap mental se manifeste par une déficience intellectuelle stable, durable et irréversible. Aucune de ces caractéristiques n'est véritablement applicable aux troubles psychiques qui s'inscrivent dans une évolution possible et dans une instabilité propre à la nature du trouble.

En outre, et cette différence est fondamentale, la souffrance ou le handicap psychique peuvent être stabilisés et l'état de la personne amélioré par une médication adaptée. Cette possibilité est exclue dans le cadre du handicap mental. Ainsi, la souffrance psychique, sans être une pathologie psychiatrique répertoriée, est à la fois composée d'une part somatique pour laquelle il est possible d'appliquer une médication et d'une part psychique pour laquelle un travail sur soi est nécessaire. Le terme de détresse psychosociale traduit bien ce double aspect de la problématique, et la nécessité pour la prendre en charge de mobiliser les secteurs sanitaire, médico-social et social. Nous reviendrons sur ce point ultérieurement.

Il est difficile de déterminer précisément le nombre de personnes réellement atteintes de souffrance psychique. Selon la base d'estimations faites par le groupe technique national de définition des objectifs (GTNDO) de santé publique en 2003, on peut considérer qu'il y aurait 300 000 à 500 000 personnes adultes atteintes de psychoses délirantes chroniques en France dont 200 000 à 250 000 schizophrènes. La prévalence des troubles dépressifs en population générale quelle qu'en soit la nature est estimée à 12%. Sept millions de français ont été concernés par cette pathologie. Mais ces éléments chiffrés ne concernent pas les pathologies psychiatriques au sens de la

nosographie et ne prennent pas en compte la souffrance psychique, notamment celle des familles et des proches des malades mentaux.

En revanche, on peut souligner que les troubles mentaux représentent 22% des invalidités dues aux maladies et concernent particulièrement la catégorie des 25-44 ans<sup>7</sup>. Il est également important de préciser que l'on assiste à un accroissement net du recours aux soins concernant les troubles mentaux depuis une dizaine d'années : cette augmentation s'explique d'une part par une importance accrue des phénomènes de souffrance psychique, notamment la détresse psychosociale, d'autre part par un changement des attitudes et des représentations qui permet de moins stigmatiser les troubles mentaux et par là même de consulter plus facilement.

Bien que son ampleur soit difficile à chiffrer, la souffrance psychique demeure un problème de santé publique dont les conséquences sont de plus en plus prégnantes sur la société. Elle met à l'épreuve la cohésion sociale et entraîne une modification des pratiques professionnelles dans les domaines médico-social et social.

## *2. La souffrance psychique, générateur d'isolement social.*

La détresse psychosociale dépasse donc le secteur psychiatrique et infiltre le secteur médico-social et social. Cet état de fait s'explique par le lien établi entre les phénomènes de souffrance psychique d'une part et la précarité et l'exclusion d'autre part. L'exclusion et la précarité participent à la fragilisation de l'équilibre mental et sont susceptibles de révéler des troubles latents qui vont se décompenser. La précarisation sociale peut aussi être consécutive de troubles psychiques traités ou non, qui ont invalidé les habiletés sociales de la personne et ses possibilités d'adaptation. Ces troubles sont eux-mêmes aggravés par les modes de vie. La personne peut ne pas percevoir le besoin de soin dans un contexte rendant en soi difficiles la conduite et la continuité d'un projet thérapeutique ou social.

La souffrance psychique en lien avec la précarité et l'exclusion désigne en général une symptomatologie qui ne recouvre pas une pathologie mentale avérée, mais un ensemble de manifestations possibles : comportements d'isolement, échecs répétés, ruptures de trajectoires, conduites à risque, conduites addictives, violences contre soi-même et contre autrui ainsi que des ressentis d'abandon, de fatigue, d'épuisement, d'insécurité, de mésestime de soi, de dévalorisation et de honte, d'angoisse et de détresse psychologique.

---

<sup>7</sup> Source : CREDES-OMS-SESI-CES-Fondation pour la Recherche Médicale

Cette détresse en lien avec les difficultés de l'existence, présentes et passées, ne relève pas toujours d'une prise en charge médicale. Elle s'exprime de façon préférentielle dans l'espace du travail social. C'est cette détresse psychosociale qui augmente de façon considérable dans nos sociétés contemporaines. Précisons que, dans le champ de la clinique psychosociale<sup>8</sup>, la psychiatrie n'intervient pas toujours en première intention et d'autres acteurs de première ligne, notamment les intervenants sociaux, y occupent une place essentielle, ce qui ouvre la voie à de nouvelles pratiques de prise en charge des personnes en souffrance.

Interrogés sur ce point, les travailleurs sociaux distinguent deux catégories de souffrances psychiques<sup>9</sup> :

- une souffrance psychique directement liée à des déterminants psychosociaux tels que le chômage, les maladies, les ruptures, et dont le cumul et la charge affective invalident de façon aiguë les mécanismes de défense et d'adaptation de la personne, mais dans un processus réversible. Avec un accompagnement adéquat, ces usagers seront en mesure de franchir progressivement les étapes d'une réinsertion.

- une souffrance psychique plus souvent décrite chez les personnes en situation d'exclusion. Cette souffrance se présente sur fond de carences affectives, de violences, de ruptures ayant agi dès l'enfance, comme des traumatismes. Au cours du développement de la personnalité, des mécanismes d'adaptation n'ont pu être élaborés, tels que la capacité à se projeter dans l'avenir, à utiliser les liens sociaux, à nouer des relations durables, ou même à demander de l'aide et supporter une situation de dépendance. Ces mécanismes entrent fortement en résonance avec des événements de vie déstabilisants, initiant des processus de désocialisation ou contribuant à maintenir l'exclusion. Les situations prolongées d'exclusion ou de précarité semblent pouvoir induire alors d'authentiques troubles mentaux caractérisés.

Dans ces situations, une offre d'insertion peut avoir des effets paradoxaux avec refus de la relation d'aide et un paroxysme de troubles psychiques et comportementaux. Il en est ainsi de projets définis sur une durée trop limitée qui, parce qu'ils ne concordent pas avec les capacités d'engagement et d'adaptation de la personne ni à la temporalité qui lui est propre, lui proposent des buts qu'elle n'est pas en mesure d'atteindre, la mettent en échec et sont sources de souffrance.

---

<sup>8</sup> Rapport ORSPERE « Point de vue et rôles des acteurs de la clinique psychosociale », décembre 1999

<sup>9</sup> Dossier Santé mentale « Souffrances ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social », Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité / Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, septembre 2007

La souffrance psychique a donc une dimension sociale importante, dimension abordée sous de multiples aspects dans le cadre d'un accompagnement social, et qui est insuffisamment reconnue. Le travail social contribue en effet à recréer du lien social, à fonder un sentiment d'appartenance, d'utilité et d'identité sociale, qui tiennent une place importante à la fois dans la prévention des troubles psychiques et dans leur traitement. Il permet également d'enclencher des mécanismes de mobilisation des compétences et des habiletés des personnes et de requalification si nécessaire. De plus, le travailleur social développe une relation de confiance avec la personne et est un repère important dans sa vie. Il constitue souvent le seul lien social que la personne souffrant de problèmes psychiques entretient avec la société, par les rendez-vous réguliers planifiés lors d'un accompagnement social.

Pourtant, les travailleurs sociaux se sentent souvent démunis face à une détresse psychosociale dont ils ne connaissent que mal les mécanismes, et ils ont tendance à renvoyer les personnes en souffrance vers le dispositif de psychiatrie, souvent trop médicalisé pour ce type de public et en tout état de cause inadapté pour mettre en place un suivi social dont nous venons de démontrer qu'il était essentiel à cette population. Il ne s'agit en effet pas uniquement de guérir une maladie, mais aussi d'accompagner les personnes en souffrance psychique, ce qui induit un travail en réseau incluant les partenaires médicaux, sociaux, médico-sociaux et le secteur associatif.

### *3. L'isolement social, facteur de mal logement.*

Dans la perspective d'une reconquête de ses droits civiques, nul n'est besoin d'argumenter très avant pour affirmer que l'accès au logement est une composante essentielle, particulièrement depuis la loi sur le droit au logement opposable du 5 mars 2007. Or les personnes en souffrance psychique ont énormément de mal à accéder à un logement : les caractéristiques de leurs difficultés psychiques, telles que nous venons de les présenter, les conduisent dans la rue quand la rue n'est pas la cause de leur détresse. En effet, une des particularités des malades psychiques est la variabilité des besoins et par là même une nécessité de réajustement des projets qui doivent être davantage des projets d'accompagnement que des projets de vie.

Lorsque ces personnes parviennent à trouver un logement, elles sont souvent incapables d'en assumer seules l'entretien ou d'y vivre sans encadrement. Ces personnes ont souvent connu des parcours résidentiels chaotiques, faits d'expulsions et vivent parfois dans des centres d'hébergement et de réinsertion sociale <sup>10</sup> (CHRS). Elles

---

<sup>10</sup> Selon le rapport de Ville-Habitat du 8 janvier 2008, lors de la journée technique sur les maisons relais, 16% des résidents vivaient dans la rue ou dans un habitat de fortune et 35% vivaient dans un CHRS. (Sources DGAS, Evaluation nationale du dispositif Maisons relais)

en sont souvent délogées, les prises en charge dans ces structures étant limitées à 6 mois renouvelables une fois<sup>11</sup>.

Enfin, pour les personnes en souffrance ayant un logement, ce logement peut parfois devenir un lieu d'isolement et de réclusion, faute de lien avec l'extérieur et d'une insertion sociale solide.

Il faut considérer les spécificités de la souffrance psychique pour comprendre quel obstacle elle constitue à l'accès à un logement ordinaire. Diminuant les habiletés sociales, les individus atteints de souffrance psychique ont une moindre capacité à l'indépendance, voire à l'autonomie. Ils ont un besoin d'étayage plus fort, dans leur vie sociale afin d'entrer dans une démarche d'insertion ou de réinsertion, mais également dans leur vie quotidienne. Entretenir leur logement au quotidien, faire face aux contraintes et aux petites contrariétés, faire les courses, prévoir et préparer les repas, supporter la solitude sont autant d'éléments qui semblent naturels et qui peuvent devenir de véritables sources d'angoisse pour les personnes souffrant de troubles psychiques.

Il ne faut néanmoins pas occulter les capacités de ces personnes à un certain degré d'autonomie : l'enjeu est bien celui d'un ré apprentissage de la vie quotidienne, une reprise de repères dans la vie de tous les jours, étayé par un accompagnement individualisé social et médical. Or les dispositifs traditionnels de prise en charge semblent en difficulté pour répondre à cet objectif.

## B. Une incapacité des dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux à répondre aux besoins de logement des personnes en souffrance psychique<sup>12</sup>.

### *1. L'hôpital : une réponse utilisée mais inadaptée.*

Comme nous l'avons présenté en première partie de notre étude, les maladies psychiques peuvent être très diverses. De l'annihilation des capacités d'adaptation et de vie en communauté de la personne à la simple altération de ses habiletés sociales, les perspectives d'autonomie et d'indépendance peuvent être très hétérogènes d'un individu à l'autre. Faute de connaissance concernant les troubles psychiques de la part de la grande majorité des professionnels hors psychiatrie, l'hôpital est considéré, à tort, comme le lieu le plus adapté pour accueillir ces malades psychiques, quel que soit leur état de santé mentale. Pourtant, au delà de l'évolution interne de la prise en charge psychiatrique, l'hospitalisation est dans de nombreux cas, une solution inadaptée à moyen, voire à court terme. En effet, dans le cas de la détresse psychosociale, l'aspect psychologique n'est pas d'une ampleur telle qu'elle nécessite un étayage hospitalier. Un

---

<sup>11</sup> Cf. supra

<sup>12</sup> Cf. Annexe 2.

suivi en ambulatoire par un psychiatre ou un psychologue libéral est parfaitement envisageable. C'est alors l'aspect social de la pathologie qui prime. Or l'hôpital, à l'heure de la tarification à l'activité, ne peut se permettre de faire de la prise en charge sociale.

L'enjeu de concevoir des solutions alternatives et innovantes de logement adaptées pour ces personnes est de taille. En effet, en l'absence de possibilités de logement, deux cas de figure sont possibles. Soit les personnes en souffrance psychique sont adressées d'une structure à l'autre, passant de l'hospitalier au médico-social, soit elles sont condamnées à une errance qui aggrave leurs symptômes et hypothèquent durablement leur possibilité de réinsertion sociale, les condamnant à l'exclusion.

Les conséquences sont de deux ordres. Tout d'abord, pour l'usager lui même, cette mobilité forcée est source d'instabilité et d'insécurité peu compatibles avec la stabilisation ou l'apaisement des troubles psychiques. Dans l'impossibilité d'investir un lieu de vie sans cesse changeant, la personne ne peut initier une démarche de soins ou de réinsertion satisfaisante. Faute de logement adapté, les personnes vivent donc recluses et isolées et connaissent des moments de crise aboutissant très majoritairement à un séjour en hospitalisation. Elles restent ensuite hospitalisées faute de retour possible à domicile ou se retrouvent à la rue.

Or, et c'est là la deuxième conséquence dommageable, l'hôpital est condamné à bloquer des lits pour ne pas mettre ces personnes à la rue. Institutionnellement et dans une logique d'organisation des soins de santé et de planification de l'offre, cet état de fait est sous-optimal, a fortiori dans une période où la psychiatrie manque de lits après une tendance lourde à la fermeture d'une grande partie d'entre eux. D'un point de vue financier, les services hospitaliers manquent en outre de moyens pour accompagner une partie de leurs patients à la sortie. Il est difficile de chiffrer précisément le nombre de personnes en souffrance psychique hospitalisées « par défaut ».

Inscrit dans une démarche de psychiatrie active, les structures hospitalières entreprennent des projets pour accompagner de plus en plus les personnes en souffrance psychique à l'extérieur des murs. C'est notamment l'objectif des équipes mobiles de psychiatrie, créées par la circulaire du 23 novembre 2005<sup>13</sup> afin d'améliorer l'accès aux soins de population très précarisées souffrant de problèmes psychiques du fait de leur grande exclusion, ou du développement des appartements associatifs. Nous détaillerons dans l'état des lieux des structures existant sur le département de la Dordogne ce dernier

---

<sup>13</sup> Circulaire DHOS/02/DGS/6C/DGAS/1A/1B n°521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisée en psychiatrie.

dispositif. Il consiste à proposer un logement individuel avec locaux collectifs pour les personnes malades psychiques stabilisées et capables d'un certain degré d'autonomie. Un accompagnement infirmier et psychiatrique est assuré auprès des bénéficiaires et un encadrement de la vie quotidienne mis en place afin de limiter les risque d'angoisse et d'optimiser la qualité de vie des patients. Ce dispositif très médicalisé est tout de même un pont lancé entre les secteurs sanitaire et social.

## *2. Une offre médico-sociale trop formatée*

Avant la loi du 11 février 2005 reconnaissant le handicap psychique, les structures médico-sociales n'avaient pas à connaître des problématiques psychiques, faute d'orientation vers elles de ce public. A partir de cette date, les foyers d'accueil médicalisés (FAM) et les foyers de vie ont pris en charge un certain nombre de personnes souffrant de troubles ou de maladies psychiques mais cela reste exceptionnel. En tout état de cause, les solutions proposées ne sont que peu adaptées aux caractéristiques de ce public telles que nous les avons identifiées : cadres de vie très collectif et peu orientés vers une insertion dans la cité, les personnes en souffrance psychique n'y trouvent que mal leur place.

Sensibilisé à la problématique psychique, le secteur médico-social se tourne davantage vers des formules ouvertes, qualifiées « de jour », sous forme de services, à travers le développement des Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) qui proposent une prise en charge sociale aux personnes le plus souvent suivies dans des structures de type foyer accolé à un établissement et service d'aide par le travail (ESAT) ou foyer de vie, et des Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) qui comptent parmi le personnel accompagnant du personnel paramédical.

Ces dispositifs, dont le développement en faveur de la prise des personnes en souffrance psychique a été fortement encouragé par le Plan Psychiatrie Santé Mentale 2005-2008 et l'UNAFAM, ont vocation à se déplacer au domicile des personnes. Le logement est donc un préalable nécessaire au suivi par ces services.

Ils sont des outils de soutien et d'accompagnement précieux pour les personnes dans leur démarche de soin et de réinsertion mais ne constituent en rien des solutions de logement pour les personnes. Leur complémentarité avec un dispositif de logement pour les personnes handicapées psychiques est indéniable. Ils s'avèreront être des partenaires incontournables des futures résidences accueil.

### *3. Une offre de structures sociales inadaptées pour prendre en compte la problématique santé.*

Les moyens de la prise en charge médicale de la souffrance psychique existent, que cette détresse soit profonde et nécessite une hospitalisation ou qu'elle ne nécessite qu'un suivi en ambulatoire par la psychiatrie de ville, dont le réseau s'est considérablement étoffé depuis les années 1990. Depuis la reconnaissance de la souffrance psychique comme handicap par la loi du 11 février 2005, l'enjeu de la prise en charge de cette souffrance est devenu social : il s'agit de permettre aux personnes atteintes de ces troubles de ne pas être stigmatisées, de ne pas subir de discrimination dans leur accès aux droits et à la citoyenneté, et de ne pas être perpétuellement envoyées d'un dispositif inadapté à un autre.

Les personnes en souffrance psychique sont globalement mal intégrées et exclues de l'accès à certains droits, du fait de la méconnaissance de leurs troubles ou de leur mauvaise appréciation par les professionnels. Elles n'échappent pas non plus aux préjugés et aux peurs que suscitent les désordres psychiques, dans la société comme chez les professionnels hors milieu médical.

Si des dispositifs de prise en charge ont été développés depuis quelques années, l'accès au logement des personnes en souffrance psychique est pourtant fort limité. Selon l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques (UNAFAM) <sup>14</sup> :

- 25% des personnes en situation d'handicaps psychiques vivent en institution,
- 40% vivent dans leur famille,
- 45% des familles disent subir cette situation,
- 35% habitent dans un logement personnel.

La plupart du temps repérées par les dispositifs sociaux - une détresse psychosociale étant rarement isolée d'autres problématiques sociales -, les personnes entrent dans une démarche de réinsertion, dans laquelle la question de l'accès à un logement est fondamentale : sans logement, pas d'adresse, pas d'espace personnel, et une démarche de recherche d'emploi plus ardue, ainsi qu'une instabilité et une insécurité accrues difficiles à concilier avec des problèmes psychiques.

Nécessitant davantage un cadre de vie contenant et rassurant, et des personnes ressources clairement identifiées pour les soutenir dans leur démarche d'insertion ou de réinsertion et de reconquête de leur autonomie plutôt qu'un étayage médical important, ces personnes se retrouvent hébergées en centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). En effet, conformément aux textes qui les encadrent, le rôle assigné aux

CHRS est d'assurer, grâce aux places qu'ils offrent en insertion et en stabilisation l'accueil, l'hébergement, l'accompagnement et l'insertion sociale des personnes en recherche d'hébergement ou de logement, afin de leur permettre de retrouver une autonomie personnelle et sociale.

Or, les intervenants sociaux des CHRS ou des foyers butent rapidement sur l'impossibilité d'orienter les personnes vers des structures correspondant à leurs besoins. Formés à l'accompagnement social et aux démarches d'insertion, les professionnels ne sont pas formés à repérer et identifier la détresse psychosociale. Ils ne parviennent donc pas à cibler en amont les besoins de l'utilisateur, étape essentielle pour entreprendre une démarche d'insertion couronnée de succès. Les personnes souffrant de tels troubles se retrouvent donc isolés ou en échec, après une prise en charge qui ne peut parvenir à les stabiliser dans leur détresse. Les alternatives de logements possibles apparaissent en outre inadaptées pour prendre en compte la problématique de soin qu'engendre la souffrance psychique. Les dispositifs de logement mixtes, mêlant possibilité de soin et d'accompagnement social n'existent en effet pas. De facto, ces personnes sont entravées dans leur démarche de réinsertion, faute de perspective de logement.

De telles difficultés cumulées peuvent entraîner une aggravation des troubles chez ce public conduisant à une crise et un séjour en hôpital. Nous détaillerons plus précisément, dans l'analyse des dispositifs en Dordogne, les causes de cette difficulté des dispositifs sociaux à proposer des solutions de logement adapté à ce public.

Face à ce constat de l'incapacité de l'offre à proposer des alternatives de logements dignes et adaptés aux personnes précarisées, durablement exclues, fragilisées et/ou en souffrance psychique, le législateur a enclenché une démarche de prise en compte de ces populations et de leurs droits, à travers la création d'un dispositif innovant : les maisons relais et les résidences accueil, leur déclinaison pour les personnes en souffrance psychique.

### C. De la naissance du dispositif des maisons relais à l'expérimentation des résidences accueil.

#### *1. Les maisons relais : une réponse aux besoins de logement des personnes les plus fragiles et les plus précarisées.*

Les personnes en souffrance psychique ne sont pas les seuls publics rencontrant des difficultés pour accéder à un logement : les personnes sans domicile fixe,

---

<sup>14</sup> Revue de l'UNAFAM « Un autre regard », janvier 2004

ou très éloignés de l'emploi, en rupture durable avec la société sont autant de catégories de la population en mal de logement.

A partir des années 1990, diverses formules ont été expérimentées pour proposer un logement alliant autonomie et convivialité pour des personnes ne supportant pas les contraintes de la vie collective en foyer ou n'étant pas dans la dynamique d'insertion proposée par les CHRS. En 1997, en vue de structurer et développer ces initiatives, les ministères en charge de l'action sociale et du logement ont lancé un programme expérimental de pensions de famille sur la base d'un appel à projets. Au départ, dix-huit projets sont retenus. Selon les termes de la circulaire du 10 décembre 2002, « *l'évaluation positive de l'expérimentation, tant dans ses dimensions sociales qu'économiques* » a conduit à envisager le lancement d'un programme beaucoup plus ambitieux. L'objectif fixé était alors de créer un total de 5 000 places.

Selon cette circulaire toujours en vigueur, la maison-relais est « destinée à l'accueil de personnes au faible niveau de ressources, dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde, et dont la situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend impossible à échéance prévisible, leur accès à un logement ordinaire ». Elle s'inscrit dans une logique d'amélioration de l'accès au logement de certaines catégories de la population et est reprise dans le volet « logement » du plan de cohésion sociale du 30 juin 2004.

La maison relais a plusieurs caractéristiques, matérielles et techniques qui doivent apparaître dans son projet social. Contrairement aux dispositifs existants, elle est une structure sociale de logement et non d'hébergement temporaire. Si l'appellation retenue peut porter à confusion en évoquant un dispositif temporaire et de transition, elle constitue bien un habitat durable, sans limitation de durée particulière. La maison relais se distingue donc de la résidence sociale <sup>15</sup> dont elle est pourtant « une modalité particulière ».

Cette particularité de logement durable est un des principes essentiels pour offrir un logement adapté aux publics les plus fragiles. Comme nous l'avons souligné, une démarche de réinsertion ne peut être engagée et planifiée sur un temps trop restreint et trop rigide avec des publics durablement exclus et précarisés. Le temps est un facteur déterminant : il peut être source d'angoisse autant que source de confiance dans l'établissement de la relation entre les travailleurs et les personnes prises en charge. L'absence de contrainte temporelle permet de sécuriser les personnes en leur offrant un espace personnel dont ils sont locataires pour une durée indéterminée.

---

<sup>15</sup> La résidence sociale est régie par les articles R.353 et suivants du Code de la Construction et de l'Habitat (CCH) et la circulaire n°96-5733 du 17 décembre 1996.

En outre, les maisons relais doivent « permettre une réadaptation à la vie sociale dans un environnement chaleureux et convivial, dans la perspective de leur faire retrouver tous les aspects de la citoyenneté » selon les termes mêmes de la circulaire de 2002. Les lieux de vie doivent donc être conçus en ce sens. Le cadre réglementaire prévoit donc des caractéristiques précises pour ces structures : ce doivent être « des structures de taille réduite, associant des logements privatifs et des espaces collectifs favorisant les relations de la vie quotidienne entre les résidents et avec les hôtes, qu'il convient de rapprocher le plus possible du mode de fonctionnement et de vie d'une maison ordinaire »<sup>16</sup>. Le nombre de logements doit être compris entre dix et vingt-cinq, composés essentiellement de type 1 équipés pour permettre aux locataires d'avoir un minimum d'autonomie. Concrètement, il s'agit souvent d'appartements ou de studios meublés. Des lieux de vie collective doivent être prévus au sein de la structure pour offrir aux personnes logées des activités d'animation liées à la reconquête d'autonomie ou à la vie quotidienne. Les personnes peuvent ainsi se retrouver et partager certains repas du midi, préparés ensemble.

L'ambition de réinsertion des personnes logées dans les maisons relais suppose une dernière contrainte d'implantation, dans la mesure du possible <sup>17</sup> : la structure ne doit idéalement pas être trop isolée. Il convient de trouver des locaux en centre-ville ou en centre-bourg, à proximité de commerces accessibles à pied et orientés sur la vie de quartier<sup>18</sup>.

La vie quotidienne de la maison est rythmée par des animations et les relations régulées par un couple d'hôtes. Ce couple joue un rôle primordial d'écoute et de présence auprès des pensionnaires. Il accueille la personne dans la maison relais, lui expose le règlement intérieur et lui présente les modalités de vie collective. Il assure l'entretien des appartements quand cela est nécessaire et organise les ateliers d'animation et les temps communs. Il facilite les relations entre les locataires. Les hôtes sont les personnes ressources de la structure et les piliers de la structure. Ils sont présents dans les locaux toute la journée, parfois la nuit. En tout état de cause, ils sont joignables en permanence par les résidents. Le couple d'hôtes maintient en outre les contacts avec les partenaires extérieurs et les services ayant adressé la personne vers la maison relais ; il facilite et suit les liens avec l'environnement local de la maison pour créer un tissu social de proximité.

---

<sup>16</sup> Circulaire DGAS/SDA n°2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais.

<sup>17</sup> Les contraintes locatives et la pénurie de locaux ne permettent pas toujours de respecter parfaitement cette contrainte. Cf. infra.

<sup>18</sup> Cf. Annexe 1 : Annexe technique de la circulaire du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais.

Dans leur définition première, les maisons relais n'avaient pas vocation à être spécialisées dans l'accueil de catégories spécifiques de population. Dans la note d'instruction du 11 mars 2003 relative aux maisons relais et adressée aux directeurs régionaux et départementaux des affaires sanitaires et sociales, le Directeur général de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction et la Directrice générale de l'action sociale rappellent que « ces structures constituent une modalité spécifique de résidences sociales dont la particularité découle essentiellement du profil des populations accueillies. Celles-ci doivent présenter des parcours et des profils suffisamment variés pour dynamiser la vie de l'établissement. Il est donc exclu de retenir des projets sociaux dont l'objet serait d'accueillir telle ou telle catégorie spécifique de la population.

Pourtant, face au succès du dispositif et à la reconnaissance de son caractère particulièrement adapté aux publics fragiles, est envisagée l'opportunité de créer, à titre expérimentale, des maisons relais spécialisées dans l'accueil de personnes souffrant de troubles psychiques dénommées « résidences accueil ». Cette démarche s'inscrit dans une identification de besoins relevée notamment dans le plan « Psychiatrie santé mentale 2005-2008 » qui fait état du manque de solutions de logement pour les personnes souffrant de troubles psychiques. La loi du 11 février 2005 avait également souligné cette nécessité d'accueil et d'accompagnement du handicap psychique au cœur de la cité.

## *2. L'expérimentation des résidences accueil : une réponse au mal logement des personnes en souffrance psychique.*

La note d'instruction du 16 novembre 2006<sup>19</sup> met en place l'expérimentation des résidences accueil destinées à l'accueil des personnes en situation de précarité ou d'exclusion, ayant un handicap psychique. Un groupe de travail interministériel s'est réuni afin d'explorer l'ensemble des formes de logement susceptibles de répondre aux besoins diversifiés des personnes souffrant de troubles psychiques. Dans cette logique, un programme expérimental de résidences accueil a été fixé par le Comité Interministériel de Lutte contre les Exclusions (CILE) du 12 mai 2006 à 100 places pour 2007<sup>20</sup>. La circulaire précise les objectifs assignés à ces nouveaux dispositifs et leurs modalités de mise en œuvre. Précisons que les résidences accueil ne remettent pas en cause le dispositif mère des maisons relais, qui continuent de respecter le principe de mixité qui leur avait permis d'accueillir avant 2006 des personnes handicapées psychiques. Il s'agit bien de mettre en place un ensemble de logements qui collent au plus près de la réalité des besoins des usagers en situation de précarité et d'exclusion et souffrant d'un handicap psychique.

---

<sup>19</sup> Note d'instruction DGAS/DGUHC n°2006-523 du 16 novembre 2006 relative à la mise en place de l'expérimentation des résidences accueil.

<sup>20</sup> Mesure n°7 du CILE du 12 mai 2006.

Outre des critères d'exclusion sociale et d'isolement et des conditions financières déjà présents dans le dispositif des maisons relais, le public cible des résidences accueil est un public fragilisé et handicapé par des troubles psychiques liés à une pathologie mentale au long cours, dont l'état est suffisamment stabilisé pour respecter et bénéficier des règles de vie semi-collective. Ensuite, il faut que les personnes soient suffisamment autonomes pour accéder à un logement privatif, dès lors qu'un accompagnement et des soins sont garantis. Enfin, contrairement aux dispositifs médico-sociaux, l'accueil dans les résidences accueil n'est pas subordonné à la reconnaissance d'un handicap par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Les résidences accueil sont des maisons relais spécifiques : elles doivent répondre aux mêmes obligations que celles définies au paragraphe précédent en termes matériels et techniques. Une attention particulière est cependant portée au projet social de la structure et aux modalités de partenariats les plus adéquats. Le projet social de la résidence accueil doit s'articuler autour du triptyque suivant :

- le logement assorti de la présence de l'hôte,
- l'accompagnement à la vie sociale, notamment par les SAVS et les SAMSAH,
- les services de santé, dont les services de secteur psychiatrique.

Ces trois volets contribuent ensemble à la définition d'un projet social qui fasse de l'autonomie des personnes le cœur de l'objectif et qui leur ouvre de véritables perspectives de participation sociale. L'articulation de ces volets est formalisée par des conventions avec les partenaires des secteurs social, médico-social et psychiatrique.

Quant au couple d'hôtes, ses qualifications doivent être adaptées au profil du public accueilli. Même si la circulaire du 16 novembre 2006 ne singularise par les compétences des hôtes des résidences accueil et reprend les termes de la circulaire du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais, un paragraphe « Recrutement » précise que les personnes en souffrance psychique exigent des « qualités personnelles » de la part des hôtes et « une motivation à travailler auprès de ce public ». Il est de plus souligné qu'« une expérience dans le secteur de l'insertion ou du handicap psychique est utile ». Enfin, une formation adaptée est obligatoire pour tous les hôtes entrant nouvellement en fonction, afin de les sensibiliser à la fonction d'animation et de régulation avec ce type de public et de les aider dans leur pratique professionnelle au quotidien afin d'établir un climat de sécurité et de sérénité dans la résidence accueil.

Une évaluation du dispositif des maisons relais, dont le rapport définitif a été rendu en mai 2008 reconnaît la pertinence du dispositif. Il en va de même pour les résidences accueil, dont l'intérêt et la qualité sont soulignées dans le rapport Pélissier de mai 2008,

dans le cadre de la mission d'appui pour la mise en œuvre du programme des maisons relais. Dans sa proposition n°3, Monsieur Pélissier préconise de poursuivre en 2008 le programme expérimental des résidences accueil en identifiant le nombre de places qui leur sera réservé et de procéder en 2009 à une évaluation du dispositif.

Techniquement conçues à partir des besoins des usagers souffrant de précarité, d'exclusion et de troubles psychiques, le dispositif des résidences accueil a fait la preuve de son efficacité pour offrir une solution de logement à un public jusqu'alors exclus de l'accès à un logement durable. En 2007, ont été créées 379 places en résidences accueil, alors que l'objectif était de 100 en 2006. La circulaire du 27 août 2008 relative à la création de maisons relais<sup>21</sup> fixe de plus une programmation territoriale de 12 000 places en maisons relais, dont la part des places en résidence accueil est laissée à l'appréciation des Directions des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et des Directions Départementales de l'Équipement (DDE), en fonction des besoins constatés sur le territoire.

En Dordogne, il n'existe en 2008 aucune résidence accueil sur le territoire alors que les besoins en santé mentale sur le territoire sont clairement identifiés par les professionnels des différents secteurs.

Après avoir présenté, d'un point de vue théorique et réglementaire, la problématique spécifique de logement des personnes en souffrance psychique et le dispositif des résidences accueil, nous développerons dans une seconde partie cette problématique d'un point de vue pratique, afin d'appréhender l'opportunité de la création d'une résidence accueil dans le département de la Dordogne, au vu des dispositifs existants.

---

<sup>21</sup> Circulaire DGAS/DGALN n°2008-248 du 27 août 2008 relative à la création des maisons relais.

## **II. Le logement des personnes en souffrance psychique dans le département de la Dordogne : un manque de structures adaptées.**

Cette partie ajuste tout d'abord la focale d'analyse de l'hébergement et du logement des personnes en souffrance psychique sur le département de la Dordogne, en présentant les dispositifs existants et leurs lacunes, tant dans le secteur sanitaire (A) que dans le secteur social (B). Cette analyse s'appuie sur les entretiens réalisés en Dordogne et en Lot et Garonne, auprès des professionnels de la psychiatrie, des structures médico-sociales et des travailleurs sociaux responsables de maisons relais ainsi que des membres d'associations. Elle interroge ensuite l'opportunité de créer une résidence accueil en Dordogne, à partir des constats dressés (C).

### **A. Un secteur sanitaire qui ne prend en charge que les troubles les plus lourds.**

#### *1. Un manque de structures d'aval pour les hôpitaux.*

Malgré la montée en charge des pathologies liées à la détresse psychosociale dans le secteur social, les personnes en souffrance psychique sont avant tout repérées par le secteur psychiatrique. Nous partons donc des constats dressés par les différents acteurs du secteur psychiatrique et des besoins qu'ils identifient en matière d'accès au logement de certaines catégories de malades psychiques.

Le diagnostic départemental de la Dordogne, réalisé le 4 septembre 2008 par la DDASS en partenariat avec les trois centres hospitaliers <sup>22</sup> et les acteurs du secteur social, pointe un problème majeur rencontré par les praticiens hospitaliers. En effet, sur le département, les secteurs psychiatriques se retrouvent en difficulté face à la prise en charge des patients chroniques qui nécessitent des solutions d'insertion sociale, mais pour lesquels, le retour au domicile est impossible. De ce fait, ils restent hospitalisés sans nécessité thérapeutique de l'être.

De même, lors d'un stage court dans le Centre Psychothérapique de Jour pour Adultes (CPJA) <sup>23</sup> de Montpon Ménéstrol, durant lequel j'ai eu l'opportunité de m'entretenir avec les professionnels et d'appréhender le parcours d'un usager suivi depuis quinze ans au CPJA, a émergé la problématique du logement et de l'accès à l'autonomie des personnes stabilisées reçues au CPJA. Le cas de Monsieur T. est à cet

---

<sup>22</sup> Les trois centres hospitaliers du département sont les Centres hospitaliers de Périgueux, de Sarlat-la-Canéda et de Bergerac.

<sup>23</sup> Le CPJA est un hôpital de jour rattaché au centre hospitalier spécialisé de Montpon Ménéstrol, seul centre hospitalier spécialisé du département.

égard emblématique. Parfaitement capable de gérer seul le quotidien et l'entretien d'un lieu de vie, Monsieur a vécu durant quelques mois dans un logement ordinaire, avec un suivi quelques jours par semaine au CPJA, davantage par souci de garder contact avec lui que par nécessité thérapeutique. Toutefois, confronté à une autonomie trop forte et un étayage trop léger, Monsieur a connu une aggravation de ses troubles et a dû être de nouveau hospitalisé et ce plusieurs fois. Ces hospitalisations à répétition sont fréquentes chez les personnes en souffrance psychique, l'hôpital constituant sinon un refuge, du moins un repère sécurisant pour certains individus très désocialisés, isolés et précarisés. Faute de parvenir à trouver un lieu de vie stable, conforme à leurs souhaits et à leurs capacités, l'angoisse est plus forte et les troubles en sont exacerbés.

## *2. Des initiatives du secteur sanitaire pour améliorer l'accès au logement des personnes en souffrance psychique : les appartements associatifs.*

Des alternatives existent pour loger certaines personnes en souffrance psychique : il s'agit d'appartements associatifs gérés par l'Association Croix Marine en partenariat avec les CH du département. Ils sont orientés vers l'acquisition et le maintien de l'autonomie, la socialisation et l'accès à une identité, à une reconnaissance et une dignité. Ils sont destinés à des personnes nécessitant des soins médicaux importants, et reçoivent un public uniquement orienté par l'hôpital : ils sont donc assimilables à une structure d'aval de l'hôpital. Ils offrent actuellement 17 places à Bergerac, 2 places à Nontron depuis 2006, 6 places à Périgueux depuis octobre 2007, et 3 places à Ménesplet depuis juillet 2008. Ces places connaissent un taux d'occupation proche de 100% pour l'année 2008.

Par ailleurs, un des médecins psychiatres du CH de Périgueux a monté un projet de création d'une résidence associative, pour l'hébergement au long cours des patients chroniques issus de secteurs identifiés de psychiatrie du CH. Ce projet répond à une nécessité identifiée au sein du CH de créer un lieu de résidence pour les patients qui restent dans l'incapacité de s'inscrire seuls dans le champ social. Il doit permettre un accueil à long terme et doit viser à accroître le potentiel d'autonomie des patients. Ce lieu de vie est pensé comme un domicile, situé au cœur de la cité, fonctionnant sous la forme d'une résidence communautaire (cuisine, salon, sanitaires communs et chambres individuelles). La capacité d'accueil envisagée est de 6 à 8 places maximum.

Ce dispositif s'adresse à un type de patient répondant aux critères suivants :

- leur état mental ne nécessite pas de soins à temps complet,
- ils disposent d'un degré d'autonomie suffisant concernant les actes essentiels de la vie en matière d'hygiène, de déplacement et d'alimentation,
- ils doivent avoir une autonomie suffisante pour être capables d'apprécier une situation d'urgence et y apporter une réponse adéquate notamment le soir, la nuit ou le dimanche,

- leur trouble mental chronique est stabilisé avec une symptomatologie séquellaire responsable de situations d'échecs répétés au regard de leur démarche de réinsertion.

Il s'agit donc de personnes en grande souffrance psychique, qui, si elles ne nécessitent pas de soins à temps complet comme précisé dans le profil, ont tout de même besoin du soutien d'un dispositif soignant solide. Ce dispositif soignant est prévu dans le projet et a la mission d'organiser la prise de médicaments, d'apporter un soutien psychologique aux patients, d'harmoniser la vie au sein de la résidence et de proposer des activités dans un but de resocialisation. La présence infirmière est large<sup>24</sup> et la prise en charge des patients est assurée par le Centre Médico-Psychologique (CMP) de manière individuelle.

La création de cette résidence va dans le sens d'une amélioration de la qualité des soins et de la vie des patients d'une part et la promotion d'une psychiatrie plus active d'autre part. Elle promeut les alternatives à l'hospitalisation et s'inscrit dans une démarche partenariale avec les associations spécialisées en santé mentale que sont Croix Marine et l'UNAFAM sur le département. Elle complète avantageusement l'offre sur le territoire et permet à des patients de l'hôpital de se stabiliser hors des murs. Toutefois, il ne s'agit pas de « logement » pour des « personnes » mais bien d'« hébergement » pour des « patients ». Cette résidence est donc une structure identifiée comme une structure d'aval de l'hôpital entrant dans la filière de soins. Les modalités d'un partenariat avec les structures médico-sociales ou sociales ne sont d'ailleurs pas évoquées dans le projet.

La mise en place de cette structure n'apporte donc pas de solution aux personnes souffrant de troubles psychiques liés à une situation de précarité et d'exclusion, sans pathologie clairement identifiée ou classifiée. Ces personnes, éventuellement hospitalisées dans des moments de crise, ne le sont que ponctuellement. Leur état de dépendance ne justifie pas qu'elles soient orientées vers une structure médico-sociale de type foyer d'accueil médicalisé (FAM) ou maison d'accueil spécialisé (MAS).

Faute de dispositif de sortie adapté, les personnes en souffrance psychique sont orientées vers des structures d'hébergement d'urgence ou de réinsertion sociale, contexte dans lequel elles ne parviennent pas à s'inscrire. Contraintes par des limites temporelles incompatibles avec leurs troubles, elles sont en échec et retournent à l'errance. Le cercle vicieux « troubles psychiques-exclusion » se redessine alors. Faut-il alors pour rompre ce cercle vicieux prendre la problématique d'accès au logement des personnes en

souffrance psychique, non à partir de son aspect médical mais bien plutôt à partir de sa composante sociale, et demander aux structures sociales de s'adapter aux caractéristiques du handicap psychosocial ?

## B. Des propositions de logement qui occultent la problématique spécifique de la souffrance psychique.

### *1. Des CHRS en mal de propositions de logement adapté pour les personnes en souffrance psychique.*

A partir de l'analyse faite des structures médicales existantes sur le département de la Dordogne, on relève que la filière de soins psychiatriques est bien organisée et qu'elle répond aux besoins des personnes en grande souffrance psychiatrique, avec une faible autonomie et dont la pathologie interdit l'accès à un logement non médicalisé.

L'angle mort de la prise en charge est celui des personnes souffrant de troubles psychiques stabilisés liés à des conditions de vie éprouvantes, des traumatismes ou des épreuves qui entraînent une décompensation et un besoin de soutien pour reprendre pied dans la vie. Ces personnes se retrouvent souvent par défaut dans les CHRS. Il en existe six sur le département qui offrent au 31 décembre 2008 une capacité d'accueil de 183 places.

Rencontré lors d'un entretien, le responsable d'un des CHRS de Périgueux souligne la difficulté pour les CHRS de proposer une prise en charge adaptée aux personnes souffrant de troubles psychiques, pourtant de plus en plus nombreuses à se présenter. La vie en collectivité est souvent problématique pour ce public, ce qui engendre une tension particulière au quotidien dans la structure. La cohabitation n'est pas toujours simple entre des publics fragilisés, et l'équilibre à trouver dans les CHRS est en lui même un défi. Accueillir un public souffrant à la fois d'exclusion et de troubles psychiques rend l'exercice périlleux, d'autant plus que le degré d'exclusion du public reçu dans les CHRS est de plus en plus important. Le travail de réinsertion à partir d'un dispositif d'aide éducative, ou d'activités d'insertion économique doit être adapté aux besoins de la personne dont les habiletés peuvent être plus altérées que les autres résidents. En outre, les progrès des personnes en souffrance psychique ne sont pas linéaires : ils fluctuent et nécessitent un réajustement permanent du projet d'accompagnement, qui peine à s'inscrire dans un véritable projet de vie.

Or cette instabilité hypothèque l'efficacité du dispositif à répondre aux besoins du public souffrant de troubles psychiques. En effet, les CHRS ne sont pas des dispositifs

---

<sup>24</sup> De 9h00 à 13h00 le matin, et de 17h30 à 21h30 l'après midi, soit deux temps pleins.

durables de prise en charge : ils n'offrent pas un suivi au long cours mais une aide et un accompagnement ponctuels et transitoires vers une autonomie retrouvée. Les perspectives de réinsertion des usagers doivent être rapides : le séjour est en effet limité à six mois lors de l'admission, renouvelable une fois à condition que les perspectives d'insertion le justifient. Cette temporalité ne correspond pas à celle du public que nous étudions, pour qui le succès de la prise en charge ne peut s'inscrire que sur un temps long et indéterminé. Il ne s'agit pas seulement de redonner des outils à des personnes en perte de repères ou en difficultés économiques et sociales, mais bien d'effectuer un travail de fond avec elles, qui passe par l'établissement d'un lien de confiance afin de pouvoir évaluer leur potentiel d'autonomie, leurs limites et établir avec elles - et non pour elles - un projet d'accompagnement et d'évolution personnelle. Cette mission ne peut être celle des CHRS, qui n'ont pas les moyens financiers d'assurer une prise en charge individualisée de cette ampleur.

## *2. Les maisons relais : une alternative satisfaisante mais insuffisante pour le logement des personnes en souffrance psychique en Dordogne.*

Les maisons relais peuvent alors être envisagées comme une solution plus adaptée au parcours de logement des personnes en souffrance psychique. Elles proposent des logements transitoires aux personnes qui disposent de faibles ressources et qui rencontrent des difficultés pour accéder au parc social traditionnel ou privé. Véritable maillon dans le parcours résidentiel, elles intègrent un projet social défini avec les partenaires locaux qui favorise l'insertion économique ou sociale des personnes accueillies et leur accès à un logement pérenne. Le fait de bénéficier d'un « logement » et non plus seulement d'un « hébergement » assure aux personnes des droits plus importants : statut de résident, droit à l'aide personnalisée au logement (APL). Le résident possède un « titre d'occupation », document écrit et signé par le responsable gestionnaire et lui même. Ce titre est établi pour un mois, renouvelable tacitement. La durée maximum du séjour était fixée à deux ans mais ce n'est plus un impératif, et les résidents paient une redevance qui correspond au loyer, aux charges récupérables et éventuellement aux coûts de prestations ou de services obligatoires.

Une nouvelle fois, ce dispositif social a vocation à être temporaire. Il convient donc à des personnes parfaitement autonomes, ayant de bonnes perspectives de réinsertion à court ou moyen terme. L'objectif est l'accès à un logement ordinaire. Or nous avons déterminé lors de l'analyse des besoins des personnes en souffrance psychique que cette perspective était rarement réaliste.

Si les résidences sociales telles que conçues lors de leur mise en place en 1994 n'avaient pas vocation à accueillir un public ayant des perspectives d'insertion très faibles, elles ont su évoluer afin d'améliorer le parcours résidentiel de ce public cible : c'est ainsi que sont nées les maisons relais, modalités particulières de résidences sociales.

Il existe deux maisons relais sur le département de la Dordogne pour une capacité d'accueil de 70 places, toutes deux situées à Périgueux. Destinée à l'accueil de personnes à faible niveau de ressources, dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde, et dont la situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend impossible à échéance prévisible leur accès à un logement ordinaire, ce dispositif contribue à améliorer le parcours résidentiel des personnes jusqu'alors privées de droit d'accès au logement. Pour la première fois en effet, apparaît dans les bénéficiaires de ce dispositif les personnes souffrant de troubles psychiques. L'expérience de l'accueil, parmi d'autres publics, de personnes sortant d'hôpital psychiatrique a révélé l'intérêt de la formule pour répondre aux besoins de logement de certaines de ces personnes, dès lors que des soins spécialisés leur sont garantis dans le cadre d'un partenariat étroit avec les gestionnaires de la structure.

Le taux d'occupation de ces maisons relais est d'ailleurs proche de 90% à Périgueux alors que les dispositifs n'ont que deux années d'existence. Un besoin existait donc préalablement, à tel point que la résidence sociale Fénélon de Périgueux a été transformée en maison relais en 2007.

Les conditions de vie dans les maisons relais sont sans aucun doute adaptées aux caractéristiques de la souffrance psychique. Les personnes bénéficient d'une autonomie et d'une intimité suffisante pour pouvoir s'isoler lorsqu'ils le souhaitent. Leur vie est rythmée par les ateliers d'animation qui ont lieu dans les parties communes de la maison. Les hôtes leur confèrent une sécurité affective et des repères qui l'aident à restructurer petit à petit son espace et à recréer du lien social. Le contact avec d'autres locataires le réinscrit dans une perspective de lien avec l'extérieur. Les hôtes peuvent en outre intervenir dans l'entretien de l'appartement, ce qui apaise considérablement les angoisses liées à l'occupation d'un logement. Toutefois, si la formule d'accueil individuel dans une maison relais est adaptée à certains, elle ne convient pas à tous : elle peut entraîner des réactions de rejet d'autres résidents et ne propose pas toujours un accompagnement et un soutien suffisants. Si les troubles sont trop importants ou les habiletés sociales de la personne trop atteintes, sa présence peut être déstabilisante tant pour le groupe que pour les hôtes eux-mêmes.

En effet, et cette problématique n'est pas spécifique aux maisons relais, les hôtes sont souvent démunis face au comportement des locataires en souffrance psychique et ils ont des difficultés à se situer par rapport à eux.

### *3. Le malaise des travailleurs sociaux dans la prise en charge des souffrances psychiques faute de travail en réseau.*

Tout comme l'hôpital ne peut héberger les personnes faute de solution alternative possible, les travailleurs sociaux ne sont pas armés pour faire face à la

détresse psychique sans soutien ou formation particulière. Les entretiens réalisés avec des travailleurs sociaux sont à ce titre éloquent. Les professionnels du secteur social se sentent peu sécurisés et peu outillés pour prendre en charge des personnes présentant des problèmes de santé mentale. La souffrance psychique ou le trouble mental viennent complexifier les pratiques et ne cessent d'interroger les limites des interventions et leur basculement possible dans un champ qui n'est plus tout à fait celui du travail social.

Lorsque l'incertitude devient grande, le travailleur social est dans une zone d'indétermination professionnelle <sup>25</sup> qui peut aboutir à une impasse de la relation accompagnée d'un sentiment d'impuissance, ou d'incapacité à répondre de façon satisfaisante à sa mission, voire à un sentiment d'insécurité. Cette déstabilisation est accrue par ce qu'il perçoit du mal-être de l'utilisateur, de sa violence ou d'une impression d'étrangeté. Dans nombre de situations, les travailleurs sociaux sont affrontés à une contradiction entre des missions fondées sur une finalité d'insertion, des contraintes administratives, la nécessité de justifier quantitativement de leur action, et des situations qui sont demandeuses d'une grande disponibilité.

Seul un décloisonnement institutionnel visant à l'articulation forte entre les champs sanitaire et social et un développement des pratiques de travail en réseau peuvent améliorer ce constat douloureux. Les travailleurs sociaux ne sont pas formés à la détection des troubles mentaux, encore moins à leur appréhension et à leur gestion. Se sentant rapidement en échec face à eux, ils adressent les personnes vers des structures inadaptées ou les orientent par défaut vers des structures hospitalières dont on a vu qu'elles ne pouvaient avoir vocation à effectuer un travail d'insertion. Comme précisé dans le Plan Psychiatrie Santé Mentale 2005-2008 : « Les orientations politiques en santé mentale vont dans le sens d'un décloisonnement des champs disciplinaires et d'une plus forte participation de la psychiatrie dans le champ de la précarité et de l'exclusion avec la double finalité du service rendu aux professionnels en institution de première ligne et du service rendu à l'utilisateur. »

Si ce travail en réseau existe historiquement sur certaines zones du territoire périgordien comme le Bergeracois, il est beaucoup moins établi dans les zones du Sarladais et de Périgueux, où il existe peu de ponts et d'échanges entre travailleurs sociaux et structures hospitalières. Quant à la zone du Nontronnais, au nord du département, elle connaît une pénurie de structures et une ruralité importante<sup>26</sup>. Les publics isolés de cette zone peinent à entrer dans un parcours de soins ou de réinsertion, l'accès aux dispositifs n'étant pas optimal.

---

<sup>25</sup> Rapport « Réseau et politique de santé mentale : mutualisation et spécificités des compétences » ORSPERE-ONMSP, octobre 2002

<sup>26</sup> Cf. Annexe 3.

La création d'une résidence accueil permettrait, en plus de répondre à des besoins des personnes en souffrance psychique, de mobiliser les partenaires autour d'un projet impliquant secteurs social, médico-social et sanitaire. Il n'en existe pourtant aucune sur le département de la Dordogne aujourd'hui. Serait-ce le chaînon manquant pour une meilleure réponse aux besoins de logement des personnes en souffrance psychique sur le département ?

### C. Une opportunité à saisir sur le département de la Dordogne.

#### 1. *Des besoins identifiés et définis comme prioritaires.*

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) Aquitaine 2006-2011, volet « Psychiatrie et santé mentale » prévoit dans son chapitre concernant les personnes handicapées, de favoriser l'émergence de structures innovantes pour l'accueil et la prise en charge des personnes handicapées psychiques. Le schéma cite explicitement les appartements associatifs, étape de transition entre l'hospitalisation et le logement autonome, ainsi que les SAVS, destinés à des personnes vivant en milieu ordinaire et qui rencontrent des difficultés à se stabiliser sur le plan social.

Le Plan Logement Dordogne (PLD) <sup>27</sup> et le Schéma Accueil Hébergement Insertion (SAHI) actualisés en 2009 identifient clairement des besoins en matière de logement pour les personnes en souffrance psychique. Une fiche action spécifique est consacrée au projet de création de deux résidences accueil, l'une sur Périgueux, l'autre sur Bergerac afin d'offrir à ce public un nouveau type de logement adapté. Est constaté un nombre de dispositif largement déficitaire au regard des besoins constatés. Ces besoins sont chiffrés sur le secteur de Bergerac : en mai 2008, 411 personnes bénéficiaires des minima sociaux auraient besoin d'accompagnement vers un accès au logement et aux soins ou de développement d'actions de santé pour la prise en charge de leur souffrance psychique. De plus, les données recueillies auprès des partenaires opérationnels (secteur de psychiatrie, service d'accueil et d'orientation, association l'Atelier proposant des solutions d'hébergement) par l'Association Croix Marine fait état d'un besoin de logement pour ces personnes compris entre 30 et 37 places, et ce malgré l'existence sur le territoire de deux maisons relais.

En outre, la Dordogne semble en retard sur ses voisins régionaux : selon la circulaire de validation des projets de résidences accueil par le groupe de travail national interministériel du 31 mars 2007, 85 places en résidence accueil étaient en projet, dont 55

en Lot et Garonne et 30 dans les Pyrénées-Atlantiques. La Dordogne n'a présenté aucun projet à cette date, malgré une étude de besoins déjà réalisée.

Le dispositif datant de novembre 2006, nous n'avons que peu de recul pour évaluer de manière fine le fonctionnement des résidences accueil. Toutefois, la pertinence du dispositif est indéniable et elle est soulignée par le rapport Péliissier lui-même, qui préconise de poursuivre cette expérimentation en 2009 et de procéder à son évaluation détaillée.

En effet, la résidence accueil est un dispositif né du besoin des usagers. Elle offre la souplesse que les autres dispositifs n'offrent pas et vient compléter l'offre proposée aux personnes souffrant de troubles psychiques, dont la diversité est le meilleur gage d'accès effectif au logement. Elle présente d'une part tous les avantages de la maison relais : stabilité, durabilité de l'habitat, accompagnement social, espace de socialisation, espace privatif, statut de locataire. Elle en déjoue d'autre part les inconvénients dont pouvaient pâtir certains publics en souffrance psychique et les maisons relais elles-mêmes.

Au regard des besoins identifiés et des limites des structures de prise en charge analysées *supra*, qu'elles soient sanitaires, sociales ou médico-sociales, la création d'une résidence accueil en Dordogne semble pertinente.

## *2. L'exemple de la résidence accueil « Jean Mialet » dans le Lot et Garonne : une expérience concluante pour améliorer l'accès au logement des personnes en souffrance psychique*<sup>28</sup>.

Afin de cerner davantage le fonctionnement d'une résidence accueil et de déterminer plus empiriquement la pertinence du montage d'un tel dispositif en Dordogne, je suis allée rencontrer la Directrice de l'Association SOLidarité INTégration CItoyenneté TErritoire (Solincité), Madame Béatrice MAGNAN, dans le département voisin du Lot et Garonne. Cette association gère de nombreux établissements et services pour personnes en situation de handicap ou en rupture sociale. Sous compétence DDASS, elle gère un Institut Médico Educatif (IME), un Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD), un service de tutelles certifié, deux Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) pour les malades psychiques stabilisés, un Centre Médico-Psychologique Infantile (CMPI). Sous compétence Direction Départementale de la Vie Sociale, l'association s'occupe d'un foyer d'hébergement annexé à un ESAT et un foyer de vie. Cette dynamique association très professionnalisée a même étendu son champ d'intervention au tourisme social à travers l'acquisition d'un Village de Vacances Familiales accueillant des publics multiples, notamment des personnes handicapées en provenance d'établissements spécialisés ou

---

<sup>27</sup> Dénomination du Plan Départemental pour l'Accès au Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD) sur le département.

<sup>28</sup> Cf. Annexe 4.

d'hôpitaux psychiatriques, et la mise en place d'un organisme de séjours de vacances pour personnes handicapées « Plein Sud » dont l'activité est saisonnière. Enfin, elle est très impliquée dans un travail en réseau avec l'UNAFAM, le secteur de psychiatrie infanto-juvénile et le CHD de la Candélie (47), l'éducation nationale et les collectivités territoriales, ainsi qu'avec la DDASS.

Solincité est donc une association de taille importante, engagée dans l'accompagnement des personnes en souffrance psychique depuis de nombreuses années, et orientée vers la mise en oeuvre de dispositifs innovants et expérimentaux. La loi du 11 février 2005 reconnaissant le handicap psychique donne un nouveau ressort aux projets de l'Association qui accentue alors son travail en réseau.

C'est en février 2007 que l'Association décide de monter un projet de résidence accueil sur le département, quelques mois seulement après la parution de la note d'information <sup>29</sup> créant ces structures. Ayant développé une certaine expertise en matière de prise en charge des personnes en souffrance psychique et bénéficiant d'un réseau de partenaires très dense associant à la fois les secteurs sanitaire, médico-social et social, le recensement des besoins a été rapide et l'opportunité de créer une telle structure saisie. Lors de l'entretien, Madame MAGNAN souligne que les résidences accueil manquaient au parcours de logement des personnes souffrant de troubles psychiques. La création d'une structure de cette nature apporte la souplesse dont manquent les autres dispositifs et engendre une logique de décloisonnement des secteurs indispensables au succès d'une démarche de reconquête des droits et de l'autonomie des personnes handicapées psychiques. Au plus près des besoins des usagers grâce au service de gestion des mesures de protection juridique et des tutelles aux prestations sociales adultes (TPSA), le constat est fait par les professionnels et les dirigeants que, pour que la réinsertion sociale des personnes fragiles soit durable, elles passent obligatoirement par un logement dans des conditions pérennes et dignes. Or l'Association identifie également que, malgré les services d'accompagnement social à la personne, rechercher et trouver un logement adapté ne permet pas d'assurer la continuité du suivi des locataires au jour le jour.

Mme MAGNAN reconnaît que la résidence accueil permet à la fois d'offrir un véritable logement à la personne mais également de l'accompagner dans sa vie de tous les jours, dans les gestes du quotidien autant que dans les suivis sanitaire et social. Elle offre un lieu de vie sécurisé et normal pour des personnes jusqu'alors exclues du parcours résidentiel. Plus que dans toute autre structure, le groupe est acteur de sa propre dynamique et de sa propre réinsertion. Chaque locataire est lié à la structure par un contrat dans lequel il s'engage à prendre soin de son appartement, à participer aux ateliers collectifs et à s'inscrire dans une démarche de socialisation, à travers un

accompagnement social et un suivi des soins si besoin est. Plus que des projets de vie, les projets définis avec les locataires sont des projets d'accompagnement, qui s'adaptent aux fluctuations et à l'instabilité caractéristiques de la maladie psychique.

Quant aux ateliers collectifs, le dispositif permet une certaine souplesse en fonction du public et de la structuration du groupe : il peut s'agir autant de reprendre contact avec des activités collectives sources d'échanges entre les personnes (activités manuelles ou musicales) que de travailler autour de l'hygiène ou de l'entretien de la maison (atelier cuisine) et du linge. Chaque atelier est orienté vers la conquête d'autonomie, la création ou re-création d'un lien social fortement atteint et le bien être au quotidien. Les étapes peuvent être très longues et les progrès marginaux mais la temporalité longue et souple de la résidence accueil permet l'épanouissement des personnes, plus que tout autre dispositif d'hébergement ou de logement temporaire. La performance n'est pas de mise - elle ne peut l'être - et le dispositif parvient à être respectueux du rythme de chacun.

Madame MAGNAN précise qu'il est indispensable de travailler en réseau pour que la résidence accueil atteigne véritablement les objectifs qu'elle se fixe et qu'elle ne souffre pas des travers et des lacunes dont souffrent les foyers de vie ou les maisons relais pour l'accueil des personnes handicapées psychiques. Un partenariat dense, profond, formalisé par des conventions est une des clés de la réussite du projet.

La plus value de la création sur ce département d'une résidence accueil est indéniable. Certes les diagnostics ne sont que rarement transférables d'un département à l'autre, les caractéristiques géographique, historique et le maillage de l'offre sur le territoire étant hétérogènes. Toutefois, le montage réussi d'une résidence accueil et la rencontre des promoteurs a permis de confirmer la pertinence réelle du dispositif sur le terrain pour répondre au besoin de logement des personnes en souffrance psychique. Mis en reflet de l'expérience menée à Besançon par le Docteur BESANCON, médecin psychiatre et Présidente de l'association Les invités au festin<sup>30</sup>, le dispositif semble, au delà des textes, démontrer sa capacité à améliorer sensiblement l'accès au logement et la qualité de vie des personnes handicapées psychiques.

Toutefois, le montage de ce dispositif, comme celui de tout autre, nécessite des financements sans lesquels aucun projet n'est envisageable.

---

<sup>29</sup> Note d'information du 16 novembre 2006

<sup>30</sup> Cf. annexe 5.

### 3. Une fenêtre d'opportunité financière.

Outre l'opportunité de créer cette structure en terme de besoins de la population et de pertinence de l'offre, la faisabilité du projet repose sur la possibilité de mobiliser des financements. En effet, depuis 2005, l'Association Croix Marine avait en projet le montage d'une structure visant à améliorer le logement des personnes en souffrance psychique. Toutefois, le projet ne parvenait pas à émerger véritablement, faute de temps pour monter le dossier d'une part, mais également faute de possibilité d'entrer dans les dispositifs existants. La note d'information du 16 novembre 2006 mettant en place les résidences accueil débloque la situation en offrant non seulement un nouveau cadre pour le projet mais également une opportunité financière non négligeable. Le contexte réglementaire et politique est en effet particulièrement favorable pour le montage de ce type de structure innovante pour la prise en charge de la problématique du logement de public spécifique.

Dans le plan de cohésion sociale du 30 juin 2004 déjà, un des objectifs est de résoudre la crise du logement par le renforcement de l'accueil et de l'hébergement d'urgence et d'insertion avec pour ambition de créer 4000 places en maisons relais pour atteindre 6000 places en 2007.

Le PPSM 2005-2008 vise en outre à impulser, comme nous l'avons précisé *supra*, le développement, dans le domaine social et médico-social, de démarches privilégiant l'insertion des patients par l'accès au logement et/ou à une activité qu'elle soit sociale ou professionnelle.

La loi du 5 mars 2007 mettant en place le Droit Au Logement Opposable (DALO) et le Plan d'Action Renforcé en faveur des Sans Abris (PARSA) du 8 janvier 2007 confirment l'engagement de l'Etat pour réaliser 12000 places en maisons relais et résidences accueil d'ici 2012.

Le Grand chantier prioritaire 2008-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement entend apporter des réponses adaptées aux besoins des personnes sans abri ou mal logées, par une programmation pluriannuelle, renforçant les efforts déployés depuis 2005. Une programmation territoriale des créations de place est faite d'ici à 2012 dans laquelle le nombre de places en résidences accueil est laissé à l'appréciation des DDASS et DRASS.

Le Ministère du logement s'intéresse également tout particulièrement à ce type d'habitat dont il souhaite promouvoir la construction et le développement. Enfin, le plan de relance tout récemment mis en œuvre, en décembre 2008, prévoit une ligne spécifique pour la pérennité du financement de ces dispositifs.

La DDASS de la Dordogne dispose donc de délégations potentielles de crédits pour mettre en place un dispositif de résidence accueil. Elle a d'ailleurs inscrit dans le

tableau de recensement des projets de création de maisons relais et résidences sociales demandé par la DGAS au 15 juin 2008, trois projets, dont un de résidence accueil.

Après une analyse détaillée des structures prenant en charge les personnes en souffrance psychique en Dordogne, force est de constater que si l'accès aux soins d'une part et l'accompagnement social d'autre part sont assurés, l'insertion par le logement de ce public est largement lacunaire sur le département. Le montage d'un dispositif de résidence accueil, jusqu'alors inexistant en Dordogne, permettrait de réduire cette rupture de l'égalité des personnes devant le droit au logement. Les financements sont mobilisables. Une démarche doit donc être entreprise par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de la Dordogne pour faire émerger un projet de qualité et contribuer par ce biais au nécessaire décloisonnement des structures sociales, médico-sociales et psychiatriques dans un dispositif innovant ménageant à la fois l'autonomie des personnes et leur accompagnement social, en leur offrant les conditions d'une véritable perspective d'intégration aboutie dans la cité.

### **III. La création d'une résidence accueil à Bergerac : une première étape pour mieux prendre en charge les besoins de logement des personnes souffrant de troubles psychiques sur le département.**

Dans cette partie, seront développés les étapes techniques du montage de la résidence accueil, et le rôle tenu par l'Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS) dans l'impulsion et le suivi du projet. Son rôle est primordial dans la conduite de ce projet, tant en amont qu'en aval de la création de la résidence accueil : il est ainsi amené à déployer toute la polyvalence de sa fonction. Enfin, nous exposerons les limites d'un dispositif nécessaire mais non suffisant pour répondre à la problématique de logement des personnes en souffrance psychique.

#### **A. Impulser une dynamique territoriale.**

##### ***1. Créer les conditions d'émergence d'un projet de qualité et faire adhérer les partenaires.***

Une fois déterminée la pertinence d'une résidence accueil sur le département de la Dordogne, et les enjeux cernés, l'IASS doit créer les conditions favorables à l'émergence d'un projet en adéquation avec les spécificités du territoire dans lequel il s'inscrit. L'enjeu est de sensibiliser les partenaires à une problématique particulière et de les inviter à se saisir d'une solution innovante afin qu'ils portent collectivement sur le terrain le montage et la gestion du dispositif.

Les circonstances en Dordogne pour réaliser cette démarche ont été favorables dans la mesure où, durant les deux tiers de l'année 2008, des groupes de travail se sont réunis en vue d'actualiser le Schéma Accueil Hébergement Insertion (SAHI) 2006-2009. Un état des lieux partagé de la situation d'insertion des personnes en difficulté a donc été fait, les lacunes ont été identifiées par les différents partenaires des secteurs social et médico-social, et une réflexion impulsée par la DDASS co-pilote du schéma avec le Conseil Général sur les publics et les problématiques à privilégier dans le nouveau schéma 2009-2012. Quatre groupes de travail étaient organisés dont l'un consacré à l'accès à l'autonomie des personnes. Après concertation, le constat a été dressé que le besoin d'aide et d'accompagnement dans la vie quotidienne se pose de manière aiguë pour les personnes ayant un handicap psychique en situation d'exclusion sociale, notamment celles hospitalisées en psychiatrie sans nécessité thérapeutique, faute de relais social adapté ou celles sans domicile. De même, les réponses données en terme de logement autonome à ces personnes sont largement déficitaires par rapport aux besoins constatés sur le département.

Une fiche action a été rédigée sur ce point afin d'améliorer l'accès à l'autonomie et au logement de ces personnes<sup>31</sup>. La création de résidences accueil est donc retenue dans le schéma et s'inscrit, comme les textes le stipulent, dans une planification de l'offre territoriale pluriannuelle. En pratique, cette fiche action a été rédigée par la DDASS de la Dordogne.

L'inspecteur doit ensuite, comme nous l'avons souligné auparavant, créer les conditions matérielles de l'émergence d'un projet. Toute impulsion de projet née avant tout des besoins de l'usager. L'inspecteur promeut et soutient les projets qui visent à l'amélioration de la prise en charge de la personne. Toutefois, il arrive parfois que son double rôle d'accompagnateur de projet et de financeur le condamne à un paradoxe irrésoluble : l'IASS se trouve en effet parfois, particulièrement dans le domaine social auquel appartient la résidence accueil, dans des positionnements où il impulse un projet et incite les organismes et associations à s'en saisir sans parvenir toutefois à en assurer les financements de façon suffisante et pérenne. Par conséquent, les partenaires sont de plus en plus sensibles et prudents dans le montage de projets et souhaitent obtenir des sources de financements leur permettant réellement de fonctionner. Pour assurer ces financements, l'inspecteur a rapidement recensé les projets susceptibles d'émerger à court terme et en a étudié les ébauches afin de les inscrire dans le tableau de recensement demandé par la DGAS, prévoyant le financement des projets sur trois ans, d'ici à 2012. L'inspecteur a ainsi assuré la stabilité et la prévisibilité du financement de ces structures. Son positionnement pour accompagner le porteur du projet est ainsi d'autant plus assuré et serein.

Toutefois, il ne s'agit en aucun cas pour l'inspecteur de se substituer au porteur du projet. Son rôle est bien de mettre en place un cadre de réflexion et d'analyse commune et de coordonner les travaux. A partir de l'étude des textes réglementaires, des circulaires et des annexes de celles-ci souvent riches en détails et en précisions, l'IASS saisit l'esprit du dispositif et la volonté du législateur. Il peut ensuite en transmettre la substance aux partenaires afin de les informer de cette possibilité nouvelle de logement pour les personnes en souffrance psychique. Ce rôle de courroie de transmission entre le Ministère et les acteurs de terrain est essentiel : l'IASS dispose d'une connaissance fine de son territoire et des structures existantes. Il a une vision globale de l'offre de son secteur et peut ainsi en organiser les complémentarités afin de répondre le plus justement possible aux besoins des usagers. Récipiendaire des orientations ministérielles, il les

---

<sup>31</sup> Cf. Annexe n° 6

applique mais également les adapte pour les mettre en adéquation avec les caractéristiques du territoire et de sa population.

## *2. Articuler les acteurs du sanitaire et du social : l'enjeu de la définition des priorités et des objectifs du projet.*

Le dispositif des résidences accueil est un dispositif complexe pour les acteurs qui ne se sont pas penchés précisément sur la note d'information du 16 novembre 2006. Maison relais destinée à l'accueil d'un public spécifique initialement strictement écartée par la circulaire du 10 décembre 2002, son expérimentation depuis fin 2006 ne lui donne pas une durée d'existence suffisante pour lui conférer une visibilité réelle auprès des partenaires. A la frontière du secteur sanitaire et du secteur social, ce dispositif hybride tenant à la fois de la résidence sociale et de l'appartement associatif, n'est pas précisément identifié par les partenaires.

Nous avons pu le constater lors d'une réunion dont l'organisation et l'animation m'ont été confiées et qui s'est déroulée au début du mois de septembre 2008, dans les locaux de la DDASS de la Dordogne. Constatant que malgré la pertinence avérée du dispositif, aucune résidence accueil n'existait encore sur le département de la Dordogne, le Directeur adjoint de la DDASS a en effet souhaité réunir les partenaires des secteurs social, médico-social et sanitaire afin de leur présenter le dispositif, ses modalités, ses objectifs. L'objet de la réunion était de faire un état des lieux avec les partenaires des alternatives au logement ordinaire offertes aux personnes handicapées psychiques sur le département, et d'évoquer avec eux le dispositif innovant que sont les résidences accueil. Il s'agissait tant de partager avec les partenaires et de recueillir leur vision de ce dispositif que d'exposer le point de vue de la DDASS sur la nature et les objectifs de la résidence accueil.

A ce titre, la rencontre entre tous les partenaires a été particulièrement riche d'enseignements. Etaient conviés les chefs des services de psychiatrie des deux CH de Périgueux et Sarlat-la-Canéda, le CHS Vauclaire de Montpon-Menestrol, le Directeur de la Fondation John Bost (structure médico-sociale), les Directeurs des Centre Communaux d'Action Sociale (CCAS) de Périgueux, Bergerac et Sarlat-la-Canéda, le Directeur de l'Association Soutien Dordogne (ASD), le Directeur de l'Association l'Atelier, la Directrice du Secours Aux Familles En Difficulté (SAFED), le Président de l'Association Croix Marine, la Présidente de la section UNAFAM Dordogne, la Directrice de l'Association pour la Participation et l'Action Régionale (APARE), la Directrice de l'Association Itinérance, le Directeur de l'Association le Chemin, le Directeur de l'UDAF, le Président de l'Association des cités du secours catholique, le Directeur de la Direction Départementale de la Solidarité et de la Prévention (DDSP) du Conseil Général.

Les trois secteurs étaient représentés et le taux de participation a été très bon, une quinzaine de personnes ayant fait le déplacement. Un dossier avait été préparé par mes

soins pour chaque participant, contenant une première partie dressant un bref état des lieux du nombre de maisons relais en Dordogne, ainsi que sur les autres départements de l'Aquitaine, une deuxième partie présentant le dispositif de résidence accueil tel qu'il résulte de la note d'information de novembre 2006, et une troisième partie détaillant les caractéristiques de la résidence accueil en terme de projet social, conception architecturale et couple d'hôtes. Une fois le document présenté oralement et le dispositif présenté, les questions se sont rapidement focalisées autour de la nature du dispositif et de sa vocation.

Tous les participants se sont accordés sur la nécessité de développer de nouveaux dispositifs pour améliorer la réponse apportée à la problématique de l'accès au logement des personnes en souffrance psychique, chacun ayant constaté à son niveau et dans son secteur un durcissement de cette problématique. Toutefois, l'analyse des besoins faite par les partenaires est très différente selon le secteur auquel ils appartiennent. Les représentants du secteur sanitaire insiste sur un étayage médicale nécessaire qu'il n'est pas possible d'assumer avec un financement de 16 euros par jour. Pour eux, la problématique santé est primordiale, étant confrontés à un public très lourdement handicapé, suivi au long cours et hospitalisé faute de dispositif d'aval adapté dans la filière de soins. La DDASS précise alors bien que la résidence accueil n'a pas vocation à être un dispositif de sortie des hôpitaux pour les malades psychiatriques hospitalisés faute de mieux, comme souligné dans le rapport Pélissier évaluant le dispositif des maisons relais. Elle met en garde contre le risque d'opérer alors un transfert déguisé de charge déguisée du médical vers le social, en organisant des sorties prématurées des centres de soins. Elle rappelle la nature sociale du dispositif et son inscription dans le parcours résidentiel des personnes en souffrance psychique. Elle souligne l'existence de dispositifs médicalisés comme les appartements thérapeutiques, associatifs et communautaires à même de répondre à ces besoins.

Les représentants du secteur social quant à eux insistent sur la prééminence de la problématique logement dans les démarches d'insertion qu'ils entreprennent avec les personnes. En effet, comme nous l'avons souligné *supra*, sans perspective d'accès au logement possible et sans domicile fixe et sécurisant, tout projet d'insertion et de reconquête de lien social est compromis. Une telle ressource serait un maillon important pour sortir les travailleurs sociaux du sentiment d'impuissance dans lequel ils se trouvent face à des publics pour lesquels ils se sentent très démunis. En outre, les intervenants du secteur social saluent le décroisement que suppose le dispositif des résidences accueil, et le développement du partenariat avec les services de psychiatrie et la psychiatrie de secteur que cela engendre.

La DDASS précise son positionnement conformément aux besoins des personnes sur le territoire, et à l'esprit de la création des résidences accueil : la résidence accueil est une modalité particulière de résidence sociale et il ne doit en aucun cas être un dispositif où ne seraient adressées que des personnes sortant d'hospitalisation. Au contraire, c'est une structure sociale qui s'intègre dans les dispositifs d'insertion avant toute chose. Du fait de l'accueil du public spécifique, ce dispositif ne peut exister que dans le cadre d'un travail en réseau intersectoriel.

A l'issue de la réunion, les partenaires évoquent le montage d'un projet d'appartements associatifs en préparation par le service psychiatrie du CH sur Périgueux, et la première version d'un projet de longue date qui pourrait entrer dans le cadre d'un dispositif de résidence accueil par l'Association Croix Marine à Bergerac. Il est alors convenu d'un rendez-vous rapide afin que je puisse accompagner cette Association dans le montage et la rédaction rapide d'un projet complet avant la fin de l'année 2008.

Après avoir tenu le rôle d'animateur de réseau et de trait d'union entre les différents secteurs impliqués dans une problématique alliant droit d'accès aux soins et droit d'accès au logement et à l'autonomie, l'inspecteur doit ensuite identifier un promoteur solide en mesure de mener à bien le projet dans la durée et d'en respecter les objectifs de départ.

### *3. Identifier un porteur solide pour le projet.*

Cette étape est délicate, particulièrement lorsque les projets ne sont pas nombreux comme c'est le cas en l'occurrence. Le choix du porteur du projet est alors restreint. Dans le montage de ce projet et en théorie, plusieurs promoteurs pouvaient se présenter compte tenu de la problématique traitée : bailleurs sociaux, structure médico-sociale, association du secteur social ou médecin psychiatre. Afin d'éviter l'écueil identifié lors de la rencontre de tous les partenaires, la DDASS de la Dordogne était plutôt défavorable à un portage par le secteur sanitaire, afin de clarifier le positionnement de la résidence accueil dans les dispositifs existants. Aucun porteur du secteur sanitaire ne s'est proposé, le projet de résidence associative mobilisant toute leur attention.

A l'instar de l'expérience du Lot et Garonne, c'est l'Association spécialisée dans le domaine de la santé mentale et gérant plusieurs structures d'accueil et d'accompagnement des personnes handicapées psychiques, qui a finalement été retenue pour porter le projet. Il s'agit de l'Association Croix Marine qui, depuis l'année 1960 déploie des moyens pour apporter une réponse adaptées aux besoins spécifiques de ce public. Implantée à l'origine au sein du seul CHS du département c'est-à-dire relativement isolé géographiquement, l'Association s'est peu à peu intégrée dans la cité. Selon ses statuts, l'Association a pour but d'exercer la protection et l'entraide psychologique et

sociale en mettant en place une aide globale qui vise à solutionner les difficultés rencontrées par les personnes en souffrance en développant des actions d'aide à la personne, de façon individuelle ou collective dans plusieurs domaines dont le logement.

Elle assure des missions d'accompagnement social des personnes handicapées souffrant de troubles psychiques, à travers des actions ponctuelles et la gestion de deux Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM). Les GEM sont des points d'accueil et de socialisation créés dans le cadre de la loi sur l'égalité des droits et des chances du 11 février 2005, et destinés à lutter contre l'isolement et l'exclusion des personnes en souffrance psychique. Croix Marine gère également des appartements associatifs en partenariat avec les CH, proposant 28 places répartis sur tout le département.

Au delà de son expérience et du recul acquis sur la problématique de la maladie psychique qui constitue un atout indéniable, l'Association a engagé depuis 2004 une réflexion et un travail de coopération autour du logement avec tous les acteurs du Bergeracois (les cadres de santé, les infirmières psychiatriques, les assistantes sociales et éducatrices du CHS, les associations intervenant dans l'insertion et l'accueil des publics fragiles sur le territoire comme l'Atelier ou Itinérance, CHRS Béthanie, la Croix Rouge, le Service d'Accueil et d'Orientation (SAO), la Maison d'Accueil Temporaire (MAT). Cette réflexion déjà largement engagée est un atout indéniable pour la qualité du projet, qui a toutes les chances d'être un projet partagé fédérant les énergies et les compétences pour l'élaboration d'un projet social de la structure soutenu par un partenariat fort entre les différents secteurs. En outre, l'Association Croix Marine a fait l'objet d'une récente évaluation de sa gestion et ses fondamentaux financiers sont sains.

Le seul inconvénient identifié est celui du manque de professionnalisation de cette petite association, qui, malgré la bonne volonté et l'implication énergique de ses bénévoles, peine à s'acquitter des lourdes contraintes écrites que nécessite le montage du dossier d'un tel projet qui doit être réalisé dans des délais restreints. Le rôle de l'IASS que j'ai découvert et mis en pratique est alors celui d'accompagnateur du projet et du porteur, par les compétences techniques qu'il peut apporter et le cadre qu'il pose dans l'élaboration du dossier : il guide et soutient le porteur pour élaborer un projet de qualité susceptible d'être validé par les comités régional et national.

Une nouvelle fois, il ne s'agit pas pour l'inspecteur de se substituer au porteur du projet dans l'élaboration du projet social de la structure mais de l'alerter sur les écueils à éviter et de veiller à la cohérence de l'ensemble du dossier, qui doit être construit à partir des besoins des usagers et donner des gages de qualité solides.

## B. Impulser un projet visant à l'amélioration et la qualité de l'accès au logement des personnes en souffrance psychique.

### 1. *Les modalités d'accueil des personnes : mettre en place un dispositif d'accueil précis.*

Si la note d'information du 16 novembre 2006 donne des précisions sur le dispositif des résidences accueil, l'épreuve du fonctionnement fait apparaître un certain nombre de points auxquels il faut être attentif dès le montage du projet. Les visites d'une des maisons relais de Périgueux et de la résidence accueil « Jean Mialet » de Miramont de Guyenne en Lot et Garonne m'ont ainsi permis de cerner un écueil à éviter dans l'attribution du logement de la personne reçue.

En effet, le dispositif des résidences accueil comme celui des maisons relais pâtit d'un problème fondamental : les modalités de rupture de contrat entre le locataire et le gestionnaire de la résidence accueil lorsque l'occupation du logement ne se passe pas correctement. La résidence accueil étant un dispositif de logement et non d'hébergement, la personne a le statut d'occupant de son logement et paie une redevance au locataire, qui est le gestionnaire de la structure. Certes il existe un objectif d'insertion entre l'hôte et le locataire qui donne au demeurant un sens au dispositif et des repères à la personne. Mais cela peut ne pas avoir grand sens de faire signer un contrat à la personne à son entrée dans le logement, alors même que les liens de confiance n'ont pas encore eu le temps de s'établir et que la personne ne s'est pas encore installée. En outre, il semble difficile de conditionner l'occupation du logement par la personne au suivi assidu des ateliers ou à l'implication dans une démarche de réinsertion lorsque celle-ci est par définition instable.

Toutefois, la question se pose de savoir comment sortir du dispositif une personne dont l'état de santé ou le comportement mettrait en péril son équilibre mental ou celui plus global du groupe. Les résidences accueil sont régies, comme les résidences sociales, par l'article R.353 du Code de la construction et de l'habitation. Exclure quelqu'un de la maison relais est une démarche complexe et longue. Alertée lors de mon entretien avec un des intervenants de la maison relais Lakanal sur cette difficulté, j'ai pu formuler quelques recommandations à l'Association Croix Marine pour le montage de son projet sur ce point.

Dans le cadre de la résidence accueil, la sortie d'une personne à qui le dispositif ne convient pas est simplifiée si le motif d'incompatibilité relève du domaine de la santé. L'orientation vers d'autres dispositifs plus adaptés à l'état de la personne est alors envisagée et elle quitte la résidence accueil pour un autre mode de prise en charge ou de logement. En revanche, si le motif est un refus permanent et prolongé de soins ou

d'accompagnement social, sans violation avérée du règlement de fonctionnement de la résidence, le cas est plus délicat.

Ces situations ne peuvent être évitées dans une structure accueillant un public désocialisé, fragilisé et en lourde difficulté doublée d'une problématique de santé mentale. Toutefois, il faut veiller à ce que le dossier du projet comporte une partie spécifique concernant le mode de détermination des locataires de la résidence. Il ne s'agit pas de restreindre le profil des personnes pouvant être candidates ; cela irait parfaitement à rebours de l'esprit du dispositif. Il s'agit plutôt de ne pas omettre que la résidence accueil est un dispositif de logement durable et que sa viabilité dépend en grande partie de l'harmonie qu'il existe entre ses membres.

Sensibilisée sur ce point lors de notre reprise du projet, l'Association Croix Marine a donc veillé à détailler les modalités d'admission des personnes en organisant une commission d'admission composée du responsable de la résidence, du couple d'hôtes, d'un représentant du secteur psychiatrie et du représentant des services de l'Etat et des collectivités territoriales. La commission se prononcera sur l'admission après recueil de données complémentaires, avec l'accord de la personne, auprès de la famille, des travailleurs sociaux et de l'équipe de psychiatrie. La décision sera prise en fonction de trois critères : adéquation du type de logement disponible et de la composition familiale, le respect de la mixité sociale dans la résidence et l'équilibre et la sécurité des résidents.

Le risque d'une mauvaise orientation des personnes vers ce dispositif ou d'une erreur d'admission est non nul, le social n'étant pas et ne devant pas être une science exacte. La possibilité d'une inadéquation progressive entre la personne, ses habiletés et la structure n'est pas négligeable. Selon les chiffres de l'évaluation du mai 2008 sur les maisons relais, sur 286 personnes sorties du dispositif, 39% ont accédé à un logement autonome, 12% sont retournées en CHRS, 13% à l'hôpital et 10% dans la rue. La majorité sont donc sorties volontairement de la résidence pour aller vers une amélioration de leurs conditions de vie et une autonomie complète. Les retours en CHRS et dans la rue peuvent être considérés comme un échec de prise en charge pour la structure. Un travail partenarial au sein d'un réseau intersectoriel de professionnels doit limiter néanmoins grandement les aléas. La construction de ce partenariat est un préalable indispensable au bon fonctionnement de la résidence accueil.

## *2. Un projet en réseau : l'importance du partenariat.*

La constitution d'un réseau partenarial qui sous-tende le fonctionnement au quotidien de la résidence accueil est un point sur lequel l'inspecteur porte une attention particulière. Acteur du décloisonnement des secteurs de son domaine de mission que sont le sanitaire, le médico-social et le social, l'inspecteur ne peut être qu'exigeant sur ce

point. La résidence accueil est par excellence une structure qui suppose une coordination des acteurs sur le territoire et une collaboration entre les partenaires des différents secteurs tant pour une bonne orientation que pour un bon accompagnement des personnes. J'ai donc travaillé avec l'Association autour des mailles de cette collaboration. Nous avons repris ensemble les structures sur lesquelles peut s'appuyer la résidence accueil. Rappelons que le dispositif doit passer des conventions avec un SAMSAH, un SAVS, le service psychiatrie de l'hôpital, éventuellement un GEM et être en relation étroite avec les professionnels du secteur. L'enjeu du travail de l'IASS consiste davantage ici à guider méthodologiquement le porteur du projet afin qu'il parvienne à valoriser la richesse du réseau et mette en lumière les modalités et les gains d'une collaboration des acteurs des trois domaines en matière de prise en charge de la santé mentale. Acteur du déclouisonnement des secteurs social, médico-social et sanitaire au quotidien, l'inspecteur détient une expertise qui lui permet d'orienter les modalités de collaboration et de cerner les possibles points d'achoppement ou de conflit afin d'intervenir en amont du projet pour faciliter les échanges entre les professionnels et leur présenter, par secteur, les plus values d'une coordination. Il s'agissait d'ailleurs de l'objet de la réunion organisée par la DDASS au début du mois de septembre : soulever la problématique de façon commune et partagée et impulser une dynamique de collaboration et d'échanges en présentant les limites de chacun et les espaces de synergies possibles.

L'Association Croix Marine présente l'atout de compter parmi ses membres un médecin psychiatre au CH de Bergerac comme vice-présidente et une assistante sociale travaillant également au centre hospitalier de Bergerac comme secrétaire. Le travail intersectoriel est par conséquent au cœur de la philosophie des projets de cette association et un véritable réseau est mis en place particulièrement sur le Bergeracois. La démarche de réflexion lancée par l'Association sur ce territoire depuis 2004 autour du logement des personnes fragiles a fait apparaître l'opportunité de monter la résidence accueil sur ce territoire. L'identification des besoins est réalisée : 411 bénéficiaires des minima sociaux auraient besoin d'accompagnement vers un accès au logement et aux soins ou de développement d'actions de santé pour la prise en charge de leur souffrance psychique. Les besoins repérés auprès des partenaires se situent entre 25 et 30 places pour le secteur social et entre 10 et 12 pour le sanitaire, le médico-social n'ayant pas précisé encore ses besoins.

Lors de la reprise du projet au cours de notre rendez-vous, j'ai insisté sur l'importance de travailler autour de la formalisation des conventions de partenariat : le seul fait de monter le projet autour d'une équipe pluridisciplinaire et de gérer un GEM sur Bergerac ne peut suffire. Si le GEM est un partenaire intéressant pour le public de la résidence, il faut cependant réfléchir à l'organisation du travail entre les professionnels,

leur articulation avec le couple d'hôtes qui joue également un rôle d'interface sans assumer un rôle d'accompagnement social à proprement parler. De plus, l'Association doit réfléchir aux liens avec le service psychiatrie de l'hôpital, prévoir éventuellement un numéro d'appel en cas d'urgence face à la dégradation brutale de l'état de santé mentale d'un occupant. Des formations communes à tous les professionnels intervenant auprès du public de la résidence accueil peuvent en outre être envisagées, ainsi que la mise en place d'un répertoire des personnes intervenant auprès des personnes de la résidence. Cette réflexion doit être prolongée et apparaître dans le projet. Elle doit nourrir par ailleurs l'organisation d'un travail en réseau sur Périgueux qui n'existe pas encore.

Même si elle est imparfaite et reste à optimiser, l'habitude d'un travail en réseau efficace sur le Bergeracois autour de besoins identifiés a incité le porteur et la DDASS à envisager la localisation de la résidence dans cette ville.

### *3. Un projet dans la ville : une recherche de locaux délicate nécessitant une coordination des services de l'Etat.*

La clé de voûte du montage d'une résidence accueil est sans aucun doute sa localisation géographique et ce à plusieurs titres. Traité en troisième point, il s'agit pourtant de la contrainte la plus forte pour le montage du projet, à tel point que le rapport Pélissier souligne que « certaines maisons relais <sup>32</sup> se réalisent d'abord là où il y a des associations (et des bailleurs sociaux) convaincus, lorsque des opportunités foncières apparaissent et pas nécessairement là où les besoins sont recensés. » Pour ne pas tomber dans ce travers trop commun dans la prise en charge des usagers de partir des locaux pour définir les besoins, nous avons choisi de réfléchir le projet à partir de l'identification des besoins. Cette problématique touche le territoire de façon relativement homogène, et le déficit de logements pour les personnes souffrant de troubles psychiques est tellement important que la localisation peut être souple et suivre les opportunités foncières. Ceci est d'autant vrai qu'il n'existe pas de dispositif comparable sur le département.

Toutefois, une contrainte purement géographique existe et doit être rappelée par l'inspecteur dans un souci de qualité de l'accompagnement des personnes et de prise en compte de leurs besoins. Dans une structure dont la vocation est l'autonomie de personnes désocialisées et leur retour à une certaine participation sociale, il est primordial de construire un projet autour de la ville, ses commerces, ses transports. La localisation ne peut donc pas être trop isolée, dans une zone rurale empêchant toute autonomie de

---

<sup>32</sup> Le rapport ne distingue pas les deux structures qui obéissent aux mêmes contraintes architecturales.

déplacement et limitant ainsi toute dynamique d'insertion dans la vie de la cité. L'accès au logement ne doit pas occulter l'objectif d'insertion sociale et de reconquête de la citoyenneté et d'approvisionnement de la vie sociale que poursuit la résidence accueil. Les locaux de la résidence doivent donc se situer au cœur de la cité, facilitant l'accès aux commerces, aux cinémas et théâtres, au GEM (il en existe un dans la ville de Bergerac), aux SAVS et aux psychiatres libéraux éventuellement. La résidence accueil ne doit pas être un lieu isolé, à la périphérie d'une ville que les habitants ne tarderaient pas à identifier la structure comme celle des « handicapés psychiques ». Le projet aurait alors perdu son sens.

Alertée en amont sur la problématique de la rareté du foncier, j'ai été amenée à ma rapprocher des services de la Direction Départementale de l'Équipement (DDE), co-instructeur des dossiers avec la DDASS, ainsi que du service logement du Conseil Général, partenaires incontournables du PLD dans lequel sont inscrites les résidences accueil. Des progrès dans la coordination de nos services est nécessaire : aucun des deux services n'étaient au courant de ce projet. Aucun n'a donc pu étudier les opportunités foncières existantes. Or le dispositif des résidences accueil est financé pour le foncier dans le cadre des dotations Prêts Locatifs Aidés d'Intégration (PLA-I) et des délégations d'aide à la pierre versées par le Conseil Général. L'absence d'information de ces services alors même que les tensions sur le foncier sont importantes nuit à la rapidité de la réalisation du montage du projet, et peut éventuellement nuire à sa viabilité. La DDASS est réticente à partager les dossiers avec la DDE avant d'avoir monté un projet social construit et solide, par souci de partir des besoins identifiés des usagers. Or la DDE et le Conseil Général regrettent de ne prendre connaissance des demandes qu'au terme de la démarche, lorsque toutes les autres contraintes sont levées. Les services de l'État et du Conseil Général gagneraient à se coordonner sur ce point, ce que devraient permettre la future Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations (DDCSPP) de Dordogne, dans son pôle logement social regroupant les services de l'État.

Lors de notre rendez-vous, j'ai invité le porteur du projet à contacter la DDE et le service logement du Conseil Général de la Dordogne afin de leur présenter le projet et d'étudier avec eux les possibilités foncières qui s'offrent à court ou moyen terme sur la ville de Bergerac. Cette démarche a été entreprise dans les semaines qui ont suivi.

Au delà de la contrainte que représente la recherche de locaux, la configuration de ces derniers doit également faire partie de la réflexion dans le cadre du projet social. Si le principe est celui d'un espace regroupant plusieurs logements et quelques espaces collectifs, la pratique montre que certaines structures ont fait le choix d'une configuration

qualifiée de « foyer soleil » dans le rapport Pélissier. Les logements sont alors diffus et un local commun est dédié aux activités et à l'accueil. Les solutions intermédiaires consistant à opter pour une partie des logements en groupés et une partie en diffus est de même envisageable. Une telle configuration simplifie les recherches car il lève la contrainte de trouver un bâtiment permettant d'aménager 20 appartements et des locaux communs, en pleine ville. De tels locaux sont en effet rares et très onéreux à l'acquisition ou à la rénovation. Envisager l'aménagement de 10 logements groupés et de 10 logements diffus ouvrent de nouvelles perspectives foncières.

Toutefois, une nouvelle fois, l'inspecteur doit veiller à ce que la problématique ne soit pas considérée à rebours. Le choix d'une telle configuration doit répondre aux objectifs du projet social de la structure et non à une plus grande facilité de réalisation du projet. Il est par exemple envisageable de défendre que les types de logement répondent aux différents profils de personnes logées, en fonction de leur degré d'autonomie ou de leur stade d'acquisition des habiletés sociales. Les logements diffus peuvent être réservés comme seuil transitoire aux personnes ayant pour perspective un accès à un logement ordinaire. On peut également concevoir que les logements diffus soient réservés aux familles monoparentales afin que les enfants de ces familles soient davantage préservés de la pathologie des autres occupants<sup>33</sup> et ne grandissent pas dans un milieu de souffrance psychique quotidienne.

Cette possibilité de concevoir une architecture de logements semis diffus ou diffus est rarement connue par les porteurs des projets. Elle était ignorée de l'Association Croix Marine, à qui je l'ai présentée. L'IASS a donc un rôle d'informateur à jouer auprès de ses partenaires. A partir des expériences des autres départements, de leurs atouts et de leurs limites, il participe à l'émergence sur son département de projets de qualité, solides et ancrés dans la réalité, au plus près des besoins des usagers.

Nous avons finalement décidé de concevoir une configuration architecturale avec 10 logements groupés et 10 logements diffus, à la condition posée par la DDASS que les logements soient proches les uns des autres et proches des locaux communs (moins d'un quart d'heure à pied dans les deux cas) et que les contacts soient effectifs et réguliers entre les hôtes et chacun des bénéficiaires.

Enfin, forte de l'apport qu'a constitué pour moi la visite de la résidence accueil « Jean Mialet » en Lot et Garonne, j'ai transmis, avec son accord, les coordonnées de la Présidente de Solincité à l'Association Croix Marine afin que cette dernière puisse se rendre sur place et s'entretenir avec elle. Quatre membres de l'Association Croix Marine

---

<sup>33</sup> Il s'agit de la conception défendue par le projet de la résidence accueil « Jean Mialet » en Lot et Garonne.

se sont ainsi déplacés dans le courant du mois de décembre à Miramont de Guyenne et y ont rencontré la Présidente de Solincité.

La problématique foncière n'est pas encore parfaitement résolue à ce jour mais le projet suit son cours. Le dossier s'est largement étoffé et les partenariats s'organisent. Il a été déposé fin novembre à la DDASS de la Dordogne. Les démarches avec les bailleurs sociaux sont engagées et les projets architecturaux sont en cours de réalisation. Le pôle social de la DDASS suit de près les avancées. Grâce à son implication en amont du dossier, l'IASS a donc permis l'impulsion d'un projet à la fois cohérent quant aux besoins sur le territoire et de qualité. Sollicité dans sa polyvalence, cette démarche de projet permet ainsi à l'Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale de mobiliser ses compétences d'animateur du réseau, de conseiller méthodologique et d'appui technique, afin d'accompagner ses partenaires dans un projet légitime et nécessaire à l'amélioration de l'accès au logement des personnes en souffrance psychique.

### C. Un dispositif nécessaire mais non suffisant pour répondre à la problématique de logement des personnes souffrant de troubles psychiques.

#### 1. *Les publics les plus exclus restent encore privés d'accès au logement.*

La résidence accueil est un dispositif qui propose des solutions de logement parfaitement adaptées aux personnes souffrant de problèmes psychiques. Elle permet aux intervenants et travailleurs sociaux de disposer d'une structure vers laquelle adresser ces publics face auxquels ils se sentent souvent démunis, et aux hôpitaux d'envisager des sorties possibles pour les malades stabilisés et ne nécessitant pas un étayage médical fort. Elle offre aux structures médico-sociales une alternative pour accueillir des personnes dont l'instabilité psychique entrave la bonne prise en charge. En plus de répondre à un véritable besoin des personnes, la résidence accueil complète avantageusement l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale en soulageant potentiellement les trois secteurs.

Il faut néanmoins rester réaliste. Tout d'abord, les places en résidence accueil sont encore limitées : 379 ont été financées en 2007. Si un objectif pour le nombre de places en maisons relais est fixé à 9000 d'ici 2009 et 12000 d'ici 2012, la part des places en résidences accueil est à la discrétion des DDASS et DRASS. Certes, les deux problématiques ne sont pas étrangères l'une à l'autre, les maisons relais accueillant également des personnes en souffrance psychique, mais ces dernières représentent de loin une minorité dans les admissions.

En outre, et c'est une question majeure, la structure des parcours des personnes présentant une demande d'admission en résidence accueil montre qu'elles sont adressées par les services d'accompagnement social tels CHRS ou foyer, ou les associations. Globalement, la plupart de ces personnes ont alterné entre différents types d'hébergement, de l'hôtel à l'hôpital psychiatrique. 16% vivaient dans la rue ou dans un habitat de fortune. Or, comme nous l'avons précisé dans la première partie, la détresse psychosociale représente une part croissante de la souffrance psychique depuis une quinzaine d'années et les liens entre précarité, exclusion et souffrance psychique ne sont plus à démontrer. Ce constat s'explique aussi parce que les services d'accompagnement social peinent à atteindre certaines populations qui ne se présentent pas spontanément pour demander assistance. Les rares intervenants ayant des contacts avec ce public très exclus et vivant dans l'errance sont les travailleurs sociaux du 115, au cours de leurs maraudes. Les équipes mobiles psychiatrie précarité mis en place depuis 2006 sont également capables d'identifier ce genre de public.

Le défi est donc peut être aujourd'hui celui de toucher un public plus large de personnes en souffrance psychique, et non pas seulement de trouver une place adaptée à des bénéficiaires entrés dans le système de soins, d'accompagnement et d'aide depuis quelques années. La problématique est comparable à celle de l'accès aux soins : deux niveaux existent. Améliorer l'accès des personnes qui, malgré un accès aux soins, n'ont pas accès à des soins de qualité, et amener des publics complètement privés d'accès aux soins à se soigner. Dans le cadre du droit d'accès à un logement adapté, il s'agit d'offrir un logement idoine à des personnes hébergées ou logées par défaut dans des structures inadaptées, mais également d'offrir une nouvelle perspective d'accompagnement à des personnes jusqu'alors exclues de toute prise en charge. Or la deuxième partie de la problématique est encore peu prise en compte. Peut être parce que les résidences accueil atteignent rapidement un taux d'occupation de 100%, parfois même avant la fin de leur construction. Le taux de rotation est en outre par définition faible. Enfin, mises en place depuis deux ans seulement, le recul sur ces structures n'est pas suffisant pour avoir eu l'opportunité de réaliser un ajustement de la conception du dispositif ou des pratiques professionnelles mobilisées.

La résidence accueil n'est pas un dispositif miracle qui solutionnerait la vaste problématique de l'accès au logement des personnes fragilisées et en souffrance psychique. Elle n'a pas vocation à l'être. Elle apporte une pierre non négligeable à l'édifice de cette ambition démocratique mais ne peut en être qu'une première étape.

## 2. *Des solutions alternatives à développer et une réflexion à approfondir autour du logement des personnes souffrant de handicap psychique.*

Un certain nombre d'alternatives existent en théorie mais sont insuffisamment développées pour répondre aux besoins des personnes en souffrance psychique.

Les appartements associatifs sont l'une d'entre elles. Ces dispositifs, que nous avons évoqués *supra*, sont des solutions de qualité pour les malades psychiques stabilisés, hospitalisés par défaut, et suivis au long cours dans des hôpitaux qui ne peuvent leur proposer aucune autonomie ni aucune perspective d'évolution sinon celle d'un retour à un logement ou un hébergement inadapté. Les appartements associatifs s'inscrivent dans un parcours de soin et de reconquête de l'autonomie de la personne pour laquelle un suivi médical est indispensable étant plus lourdement atteintes que les personnes en souffrance psychique reçues dans les résidences accueil. Le développement de ces solutions de logement permettrait de mieux répartir les usagers en fonction de leurs besoins et de contourner le risque de voir les résidences accueil devenir une structure d'aval de la psychiatrie.

A l'autre bout du spectre, l'alternative des familles gouvernantes est une autre solution, mise en place depuis les années 1990 par l'UDAF. Il s'agit d'une formule d'accompagnement proposée aux personnes ayant un handicap psychique, dont les modalités sont la colocation dans des logements type 3 ou type 4, de trois personnes. Leur accompagnement est assuré par des familles gouvernantes, qui les soutiennent dans leur vie quotidienne. Contrairement aux résidences accueil, les personnes sont les locataires directs de leur logement pour lequel ils peuvent percevoir des aides au logement. Les familles gouvernantes sont, pour leur part, rémunérées par les personnes elles-mêmes au travers des prestations de compensation du handicap (PCH). La sélection du public est plus stricte que dans les résidences accueil : seules les personnes sous tutelle sont admises.

Cette possibilité d'accès à un logement à la fois indépendant et en mode collectif permettant d'écartier le risque d'isolement, soutenu par une famille participant à la vie quotidienne des personnes est tout à fait intéressante. Elle engendre le tissage de liens très forts entre les personnes vivant dans le logement et les familles, de telle sorte que les personnes évoluent dans un contexte sécurisant, tant matériellement qu'affectivement. Plus que dans les résidences accueil, une intimité et un attachement qui ressemblent davantage à ceux d'une cellule familiale sont souvent créés.

Cette formule, qui a pourtant prouvé sa pertinence depuis plusieurs années, ne bénéficie pas de reconnaissance textuelle ni d'encadrement juridique. Un agrément peut exister pour les familles mais les modes de financement ne sont pas fixes. Ce statut précaire n'incite pas au développement de la formule dont les bénéficiaires sont

indéniables<sup>34</sup>. Une demande d'encadrement juridique est régulièrement formulée par l'UDAF ainsi qu'un financement dans le cadre des résidences accueil. Le groupe de travail interministériel chargé des résidences accueil et de la validation des projets pour 2007, n'accorde pas cette possibilité aux familles gouvernantes arguant de caractéristiques trop éloignées de celles des résidences<sup>35</sup>. Toutefois, le groupe reconnaît également « l'intérêt de la formule » et « se propose d'approfondir, très prochainement, les questions qui se posent actuellement aux familles gouvernantes ». En outre, il s'engage à poursuivre son travail sur l'ensemble des formules de logements pour les personnes handicapées psychiques.

Enfin, afin de ne pas engorger les résidences accueil et les maisons relais dont les destins sont liés, il convient bien entendu d'être attentif à ce que cette formule ne se développe pas au détriment des logements sociaux. Ces logements ordinaires dont la quantité est aujourd'hui insuffisante en France, sont en effet l'étape logiquement consécutive à la vie en résidence accueil lorsque l'accompagnement réalisé en son sein a fonctionné. Les personnes logées en maisons relais sont majoritairement sans activité professionnelle, 64% d'entre eux ont un revenu compris entre 401 et 800 euros, 26% entre 201 et 400 euros et 7% seulement ont un revenu supérieur à 800 euros<sup>36</sup>. Leur revenu ne leur permet donc pas de prétendre à un logement d'un loyer trop élevé à leur sortie de résidence accueil. Les logements sociaux sont donc bien complémentaires du dispositif et les efforts entrepris pour augmenter leur nombre doivent être poursuivis.

### *3. L'accueil d'un public spécifique : le risque de ghettoïsation de la population en souffrance psychique.*

L'efficacité des résidences accueil est directement liée au fait que ce dispositif s'est construit à partir des besoins identifiés des personnes en souffrance psychique et qu'il est conçu en fonction des caractéristiques psychosociales de cette difficulté. Toutefois, cela n'est pas sans poser un problème éthique d'ampleur. Tous les dispositifs ne devraient-ils pas être en mesure d'accueillir tous les publics en difficulté quel que soit leur handicap ? L'ambition de réinsertion et resocialisation des personnes ne risque-t-elle pas de se heurter au fait de ne côtoyer au quotidien que des personnes également en souffrance psychique ?

---

<sup>34</sup> Guide méthodologique des familles gouvernantes, UDAF, 2007.

<sup>35</sup> Courrier de la Ministre du Logement et de la Ville aux Préfets de région, Préfets de département, DRASS/DRE, DDASS/DDE du 31 mars 2007 concernant la validation des projets de résidences accueil par le groupe national interministériel, DGAS/DGUHC.

<sup>36</sup> Source : Évaluation nationale du dispositif « maison relais », rapport final, décembre 2007, Ville Habitat.

En réunissant dans des logements groupés des personnes souffrant de troubles psychiques, les résidences accueil comportent potentiellement le risque de stigmatiser ce public. En leur réservant un espace dans la ville, la résidence organise les conditions d'ouverture des personnes en souffrance à la ville, mais pas obligatoirement l'ouverture de la ville aux personnes en souffrance. La maladie mentale continue de susciter de nombreux fantasmes et à éveiller des peurs au sein de la société, malgré le mouvement amorcée par la psychiatrie d'une pratique extrahospitalière. Des amalgames sont facilement réalisés dans les esprits entre les malades psychiatriques nécessitant une hospitalisation et les personnes souffrant de détresse psychosociale. Les faits divers récents ayant eu lieu, notamment à Grenoble en novembre 2008, ne participent malheureusement pas à désamorcer les réticences de la population à accueillir et intégrer les personnes souffrant de troubles psychiques. Le risque de créer une vie sociale à l'intérieur de la résidence accueil qui ne tourne que sur elle-même est donc non nul. Un travail d'envergure doit être entrepris auprès de la population pour la sensibiliser à la détresse de ces populations, afin de leur expliquer les manifestations réelles de la maladie, ses conséquences sur les individus, mais également les habiletés qu'ils ont.

Rappelons que le dispositif des maisons relais écartait, dans la circulaire du 10 décembre 2002, la possibilité de réaliser des structures spécialisées dans l'accueil d'un public particulier. Les personnes en souffrance psychique faisaient toutefois partie du public cible visé par ce dispositif. Des personnes souffrant de troubles psychiques sont d'ailleurs aujourd'hui accueillies dans des maisons relais « classiques », au milieu d'un public diversifié de personnes en difficulté. La mixité est un des principes fondateurs de l'équilibre des maisons relais. Faut-il renoncer à la mixité pour assurer un bon accompagnement de chacun ?

Prenons l'exemple d'une famille monoparentale avec des enfants en bas âge logée dans la résidence accueil. La question de la construction affective des enfants dans un univers de souffrance psychique n'est pas simple à résoudre : l'existence d'un risque de déstabilisation de leur équilibre mental n'est pas avérée, l'absence de risque ne l'est pas davantage. Cette difficulté peut être écartée grâce à une configuration des bâtiments qui prenne en compte cette donnée et prévoit quelques logements diffus afin d'accueillir les familles monoparentales par exemple ou tout autre public nécessitant une indépendance un peu plus importante par rapport à l'espace collectif.

La vigilance des gestionnaires, celle des hôtes et leur capacité à tisser de véritables liens avec la communauté sont primordiaux pour limiter le risque de ghettoïsation que comporte la résidence accueil. Au-delà, il serait également intéressant d'œuvrer à l'évolution de la perception de la détresse psychique au sein de la population.

Une campagne d'envergure a été faite par l'Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé et le Ministère de la Santé pour changer notre regard sur la dépression<sup>37</sup>, catégorie de souffrance psychique la plus répandue. La santé mentale dans son ensemble nécessiterait une campagne de sensibilisation afin d'appeler à la tolérance et l'intégration de ces personnes dont le handicap, s'il est reconnu depuis la loi du 11 février 2005, est néanmoins loin d'être accepté dans la société.

---

<sup>37</sup> Campagne de prévention « La dépression : mieux la connaître pour mieux s'en sortir. »

- **Conclusion**

Au carrefour des secteurs sanitaire, médico-social et social, la problématique de logement des personnes en souffrance psychique est une réelle incitation au décloisonnement des pratiques professionnelles et à la collaboration des différents acteurs. Ces conditions sont un préalable indispensable au succès de tout dispositif mis en œuvre pour améliorer l'accès au droit de ce public encore largement stigmatisé.

La conception de propositions innovantes adaptées aux caractéristiques de la maladie psychique nécessite l'expertise et les connaissances médicales des professionnels du secteur psychiatrique tout autant que les compétences en matière d'accompagnement et de suivi social des travailleurs sociaux. D'un partenariat profond pourront naître des alternatives répondant aux besoins de ce public aujourd'hui pris en charge de façon partielle. Le défi est important : il en appelle à la capacité d'initiative des professionnels de terrain et à la volonté des financeurs de soutenir ces démarches.

---

# Bibliographie

---

## Textes législatifs et réglementaires, codes.

- MINISTERE DU LOGEMENT, Loi n°2005/32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale
- Loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la citoyenneté et la participation des personnes handicapées
- MINISTERE DU LOGEMENT, Loi du 5 mars 2007 relatif au droit au logement opposable
  
- Décret n°94/1128, n°94/1129, n°94/1130 du 23 décembre 1994 créant les résidences sociales
  
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITE, Circulaire n°2002/595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITE Instruction DGAS/DGUHC du 11 mars 2003 relative aux maisons relais
- MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT Note d'information n°2005/189 DGAS/DGUHC du 13 avril 2005 relative à la mise en œuvre du programme 2005 maisons relais-pensions de famille
- MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITE, Circulaire DGAS/3B/2005/418 du 29 août 2005 relatif aux Groupes d'Entraide Mutuelle pour personnes handicapées psychiques
- MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT Circulaire n°2006/13 UHC/IUH2 du 1<sup>er</sup> mars 2006 relative à la mise en œuvre de la politique du logement et à la programmation des financements aidés de l'État
- MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT Circulaire n°2006/45 du 4 juillet 2006 relative aux résidences sociales
- MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT, Note d'information n°2006/523 DGAS/DGUHC du 16 novembre relative au dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion, période hivernale 2007-2008
- MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITE, Instruction DGAS/SD3B du 20 mai 2008 relative aux Groupes d'Entraide Mutuelle pour personnes handicapées psychiques
- MINISTERE DU LOGEMENT ET DE LA VILLE, Circulaire DGAS/DGALN n°2008/248 du 27 août 2008 relative à la création de maisons relais

### **Plans et schémas.**

- Plan de cohésion sociale du 30 juin 2004, p.32
- Plan Psychiatrie Santé Mentale 2005-2008
- Plan Local Dordogne 2006-2011
  
- Schéma Accueil Hébergement Insertion de la Dordogne 2006-2009
- Schéma Régional d'Organisation Sanitaire Aquitaine 2006-2011, volet psychiatrie, p.101-110

### **Rapport, et documents techniques.**

- Mission d'appui pour la mise en œuvre du programme de maisons relais, mai 2008, PELISSIER M., Rapport définitif
- Évaluation nationale du dispositif des maisons relais, rapport final, avril 2008, Ville et habitat pour la DGAS
- Compte-rendu de la journée du 8 janvier 2008 relative aux dispositifs des maisons relais, DGAS
- « Souffrances ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social », plaquette des MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE et MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, collection santé mentale.
- Fiche action maisons relais-résidences accueil du schéma Accueil Hébergement Insertion de la DDASS de la Dordogne
- Fiche action maisons relais-résidences accueil du schéma Accueil Hébergement Insertion de la DDASS de Lot et Garonne

### **Articles.**

- PONSSARD M-C., février 2007, « Les hébergements des patients psychiatriques. Réflexion à partir des expériences d'Île de France », *Pluriels* n°65, 8 pages
- VEBER A., mai 2008, « Le logement accompagné », *Pluriels* n°73, 8 pages
- Collectif, septembre 2008, *Journal des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité*, n°2, 10 pages
- GILBERT D'HALLUIN P. et YACINE J-L, 14 décembre 2007, « *Souffrance psychique et urgence sociale : sortir de la pensée circulaire* », *Actualités Sociales Hebdomadaires* n°2535, p.29-30
- Printemps 2008, « Dossier maisons relais », *Action Habitat, magazine d'information de l'UNAFO* n°20, p.5-7

- LEVACHER F., mai-juin 2007, « Le fou, un homme libre », *Soins Psychiatrie* n°250, p.22-24
- LEVACHER F., mai-juin 2007, « Pluriprofessionnalisme en psychiatrie », *Soins Psychiatrie* n°250, p.17

---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1** : Circulaire DGAS/SDA n° 2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais.

**Annexe 2** : Dispositifs en faveur de l'hébergement ou du logement des personnes en souffrance psychique.

**Annexe 3** : Carte de la Dordogne.

**Annexe 4** : Visite de la résidence accueil Jean Mialet, Miramont de Guyenne (47).

**Annexe 5** : Les invités au festin, Mme Noëlle BESANCON.

**Annexe 6** : Fiche action DDASS 24 sur les résidences accueil.

**Annexe 1 : Circulaire DGAS/SDA n° 2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais.**

Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité

Secrétariat d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion

Ministère de l'équipement, des transports, du logement, du tourisme et de la mer

NOR : SANA0230597C

Références :

Décret no 94-1128 du 23 décembre 1994 modifiant l'article R. 331-1 du CCH ;

Décret no 94-1130 du 23 décembre 1994 modifiant l'article R. 351-55 du CCH ;

Décret no 94-1129 du 23 décembre 1994 créant les articles R. 353-165-1 à 165-12 du CCH.

La présente circulaire a pour but d'engager le développement d'une offre alternative de logement pour des personnes en situation de grande exclusion. Elle doit leur permettre une réadaptation à la vie sociale dans un environnement chaleureux et convivial, dans la perspective de leur faire retrouver tous les aspects de la citoyenneté.

Les personnes qui ont connu la rue, ou qui, plus généralement, sont fortement désocialisées, éprouvent de grandes difficultés à s'adapter à un logement individuel. Elles ont besoin, très souvent, d'un temps de réadaptation à la vie quotidienne. Cette période, qui peut s'inscrire dans une perspective durable, réclame de s'accomplir dans des lieux porteurs de sens et dans lesquels elles peuvent reconstituer des liens sociaux, culturels, affectifs et redevenir des citoyens insérés dans un quartier, dans une commune à la vie desquels ils peuvent participer.

Concrètement, il s'agit de répondre aux besoins des personnes qui, sans nécessiter un accompagnement social lourd, ne peuvent, du fait de leur isolement social et affectif, trouver immédiatement un équilibre de vie dans un logement individuel autonome.

Dans cet esprit, une circulaire en date du 21 avril 1997 a lancé un programme expérimental de création de « pensions de familles » sur la base d'un appel à projets.

L'appel à projets prévoyait que ces maisons relais, dénommées alors pensions de famille, qui constituent une modalité particulière de résidence sociale, devaient permettre de stabiliser ces personnes dans un habitat durable de type communautaire et de petite taille.

L'évaluation positive de l'expérimentation, tant dans ses dimensions sociales qu'économiques, permet d'envisager le lancement d'un programme beaucoup plus ambitieux, conduisant à la création sur l'ensemble du territoire national d'environ deux cents maisons relais d'une capacité moyenne de 25 places, soit un total de 5 000 places. L'implantation des projets s'inscrira dans une analyse des besoins relevant des plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD).

A cette fin, une annexe technique, précisant les conditions de montage des projets, est ajoutée à la présente circulaire.

## I. Objectifs et cadre réglementaire des maisons relais

La maison relais est destinée à l'accueil de personnes à faible niveau de ressources, dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde, et dont la situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend impossible à échéance prévisible leur accès à un logement ordinaire.

Les maisons relais s'adressent de manière privilégiée aux personnes fréquentant ou ayant fréquenté de façon répétitive les structures d'hébergement provisoire et qui ne relèvent pas des structures d'insertion de type CHRS ni d'un logement autonome.

Il est important de rappeler que la maison relais ne s'inscrit pas dans une logique de logement temporaire mais bien d'habitat durable, sans limitation de durée, et offrant un cadre semi collectif valorisant la convivialité et l'intégration dans l'environnement social.

La maison relais constitue une modalité particulière de résidence sociale, régie par les articles R. 353 et suivants du code de la construction et de l'habitat et la circulaire n° 965733 du 17 décembre 1996. Elle ouvre droit au bénéfice de l'allocation personnalisée au logement (APL).

## II. Caractéristiques des maisons relais

Il s'agit de structures de taille réduite, associant logements privatifs et espaces collectifs favorisant les relations de la vie quotidienne entre les résidents et avec les hôtes, qu'il convient de rapprocher le plus possible du mode de fonctionnement et de vie d'une maison ordinaire.

### L'hôte ou le couple d'hôtes

Ils jouent un rôle primordial d'animation et de régulation de la vie quotidienne de la maison. De par sa qualification qui peut être diverse, conseiller(ère) en économie sociale et familiale (CESF), assistant de service social, AMP (aide médico-psychologique) ou par leur expérience reconnue dans le champ de l'accueil et de l'insertion des personnes en difficulté, ils doivent être d'abord à l'écoute des pensionnaires en assurant une présence quotidienne auprès d'eux.

A ce titre, et en plus de l'organisation quotidienne de la vie de la maison relais, ils doivent :

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

Enfin, l'hôte (ou le couple d'hôtes) peut également avoir en charge, en liaison avec l'association gestionnaire, des tâches de gestion locative quotidienne parmi lesquelles : l'admission des nouveaux pensionnaires, la surveillance et le maintien du bon entretien des logements et des espaces collectifs, la perception de la redevance et, le cas échéant, le suivi des plans d'apurement des dettes locatives et le respect du règlement intérieur.

Compte tenu du rôle de l'hôte (ou du couple d'hôtes) et de l'ensemble de ses tâches, il n'est pas envisageable que son temps de travail journalier soit inférieur à la demi-journée.

## **Le projet social**

L'élaboration du projet social doit se situer très en amont de la définition du projet de création et permettre d'en préciser les grandes caractéristiques. Il doit en effet susciter une démarche partenariale de l'ensemble des acteurs concernés pour définir les conditions de sa réalisation sur le plan technique et financier (investissement, fonctionnement et politique de redevances) en fonction des caractéristiques des publics accueillis.

Le projet social doit viser à l'intégration de la structure dans l'environnement social et faciliter l'articulation avec les acteurs locaux.

Il définit les publics à accueillir et leurs besoins. Ces publics devront présenter, autant que possible, des profils et des parcours suffisamment variés pour dynamiser la vie sociale interne à l'établissement et favoriser son ouverture sur l'extérieur.

Toutes les personnes accueillies, qui, au demeurant, ne nécessitent pas forcément un accompagnement social lourd, peuvent continuer à être suivies par le service social ou médico-social qui les a orientées vers la maison relais. Si tel est le cas, et compte tenu du profil des populations accueillies et de leur parcours, le partenariat local d'intervention sociale avec les services sociaux de secteur sera alors formalisé.

Il doit en aller de même pour les personnes ayant des problèmes psychiques pour lesquelles un partenariat avec les secteurs et intersecteurs psychiatriques devra être organisé.

## **Le financement**

### **1. Le financement de l'investissement**

S'agissant d'une résidence sociale, le financement de l'investissement sera assuré en prêts locatifs aidés-insertion (PLA-I).

En outre, les financements issus de la participation des employeurs à l'effort de construction (PEEC) ainsi que ceux en provenance des collectivités locales, des caisses d'allocations familiales ou des caisses de la mutualité sociale agricole seront utilement recherchés pour adapter au mieux le montant de la redevance à la capacité contributive des pensionnaires et en tenant compte du pouvoir solvabilisateur des aides personnelles au logement.

### **2. Le financement du fonctionnement**

Il s'agit essentiellement du financement de l'hôte ou du couple d'hôtes. La participation de l'Etat, financée sur les crédits du chapitre 46-81, article 20 du budget du ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, est plafonnée à 8 euros par jour et par place. Compte tenu de la spécificité des publics accueillis, il y a lieu de rechercher la participation de cofinanceurs, notamment les collectivités locales.

### **III. Conclusion : l'inscription du programme « maison relais » dans le dispositif départemental d'accès au logement**

La maison relais, du fait de la spécificité des publics accueillis, constitue l'une des réponses possibles aux besoins locaux recensés par les plans départementaux pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD). Ces plans constituent, en effet, le lieu de convergence et d'initiative pour la mise en œuvre du droit au logement et assurent l'articulation des divers dispositifs départementaux en la matière.

C'est pourquoi le recours à ce type d'établissement doit être l'objet d'une évaluation fine des besoins et des réponses à apporter localement en terme de structures adéquates répondant aux problématiques des publics du plan, au même titre que les résidences sociales de droit commun, les foyers pour personnes âgées ou adultes handicapés ou les CHRS.

Nous attachons une importance particulière à ce nouveau programme. Il doit permettre de faire évoluer les modes de prise en charge des personnes, encore trop souvent condamnées à la fréquentation répétitive des structures d'hébergement provisoire, vers des dispositifs leur assurant un accueil durable ; il est la condition première de leur réinsertion dans le tissu social.

Le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité,

F. Fillon

Le ministre de l'équipement, des transports, du logement, du tourisme et de la mer,

G. de Robien

Le secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion,

D. Versini

---

## **Annexe technique**

### **Les caractéristiques techniques de la maison relais**

Il doit s'agir de petites structures comportant au moins dix logements et pas plus de vingt-cinq, composées essentiellement de type 1, équipés pour permettre aux pensionnaires d'avoir un minimum d'autonomie.

Le type de bâti peut être très diversifié mais il doit contribuer à la qualité de la vie de la pension elle-même et à son intégration dans l'environnement local.

Pour ce faire, vous envisagerez l'acquisition d'anciennes grandes maisons individuelles ou de bâtiments susceptibles d'être reconvertis en logements, situés plutôt en centre-ville ou en centre-bourg, à proximité de commerces, orientés sur la vie de quartier et offrant une liaison aisée avec les services sociaux de secteur.

Ces bâtiments comporteront des espaces collectifs : salle de réunion ou de télévision et, le cas échéant, un jardin ou une cour. Vous veillerez à la bonne articulation entre espaces collectifs et privatifs pour permettre d'assurer la convivialité de la pension de famille gage de stabilité pour les pensionnaires mais aussi compte tenu des caractéristiques de la structure qui est de favoriser le lien social.

## **L'agrément préfectoral**

La maison relais peut être gérée directement par le propriétaire ou par un gestionnaire ayant reçu l'agrément préfectoral de type résidence sociale attestant de :

- son aptitude à assurer la gestion de ce type de structure sous les angles sociaux, techniques et financiers ;
- sa compétence dans le suivi des publics en difficulté.

## **La redevance et l'APL**

Compte tenu de leur mode de financement, les maisons relais feront l'objet d'un conventionnement APL. Vous veillerez tout particulièrement à ce que le taux d'effort demandé aux résidents soit compatible avec leurs ressources en recherchant la modération dans le niveau de redevance pratiqué, notamment pour la partie « prestation » qui s'ajoute à l'équivalent loyer et charges locatives. En effet, l'APL applicable est l'APL-foyer.

Son montant ne couvre jamais à 100 % le montant de la redevance demandée aux pensionnaires puisque la rémunération des prestations fournies n'est pas prise en compte dans le calcul. Vous devrez en tenir compte pour vous assurer que le reste à charge global reste équitable par rapport à celui de personnes logées en logement ordinaire. En effet, ces publics disposent de ressources limitées qui peuvent être constituées de revenus de transfert (AAH, RMI, pension) et qui ne dépassent pas les plafonds PLA-I.

Les services de la DDE et de la DDASS analyseront à cet effet avec une attention particulière les bilans annuels qui leur sont transmis par les gestionnaires des maisons relais. Ils veilleront, en particulier, à ce que les prestations soient clairement identifiées et leurs coûts bien définis afin d'éviter que celles-ci ne fassent l'objet d'une double prise en compte au titre de la redevance et au titre du financement de l'hôte ou du couple d'hôtes.

## **La validation des projets et l'instruction des dossiers**

Les projets seront validés au niveau local, par un comité régional composé d'un représentant du préfet de région à qui les dossiers seront adressés, d'un représentant du directeur régional de l'équipement et d'un représentant du directeur régional des affaires sanitaires et sociales.

Le montage du dossier doit impérativement être assuré en étroite concertation entre le comité de pilotage du PDALPD et les promoteurs du projet. Cette concertation doit permettre d'affiner le contenu du projet social et les caractéristiques techniques de la maison relais et d'arrêter le dispositif financier et économique le mieux adapté pour permettre sa faisabilité et en assurer la pérennité.

Les autres partenaires concernés par le projet : collectivités locales, financeurs, autres que l'Etat et le conseil général, ainsi que les organismes susceptibles, soit de présenter des candidats en tant que futurs pensionnaires, soit d'offrir des solutions de relogement définitives ultérieures, seront également associés, en tant que de besoin, au montage du dossier.

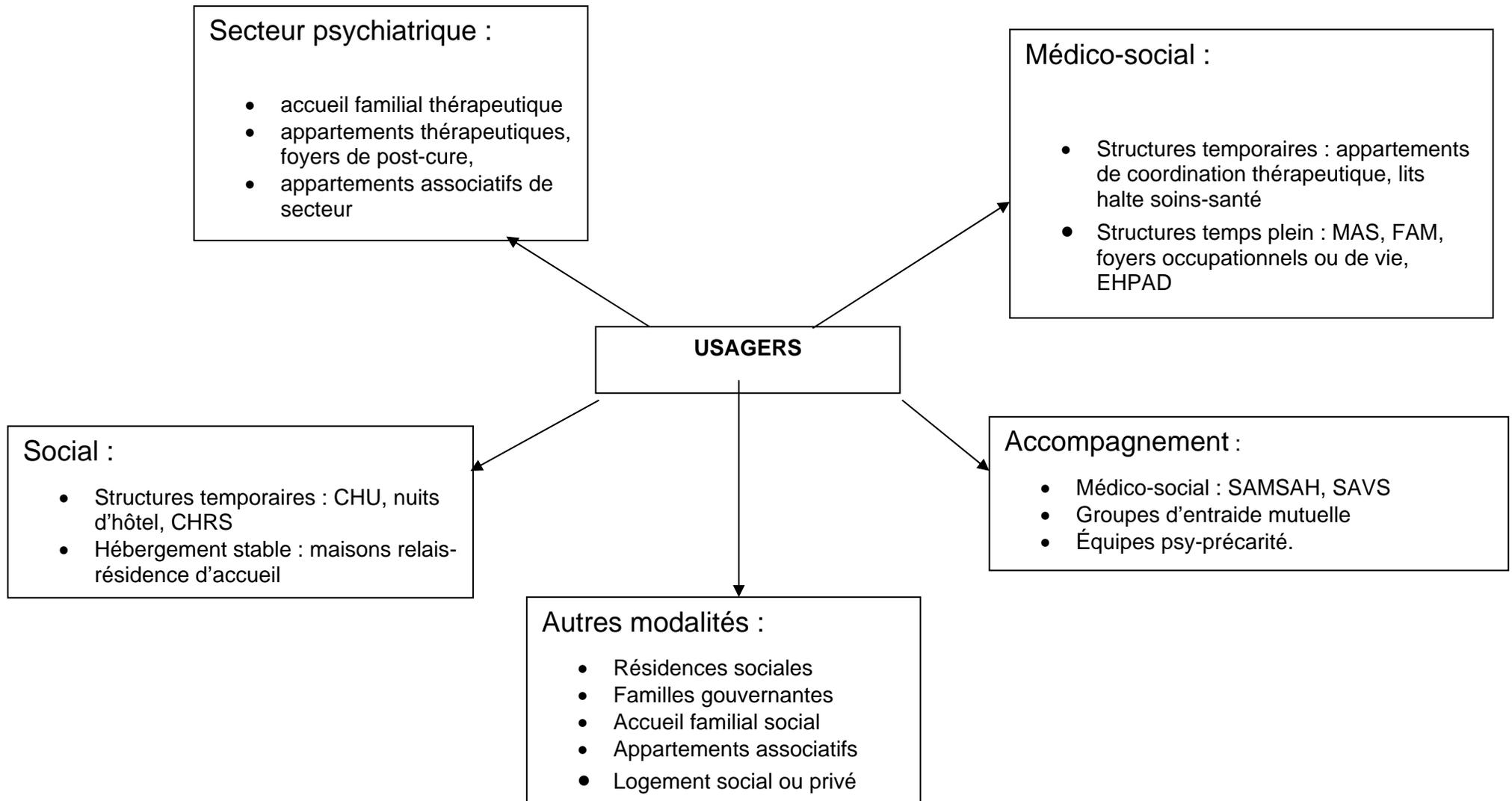
Une synthèse nationale sera réalisée au terme du programme, à partir de l'analyse des projets retenus localement, conjointement par la DGAS et la DGUHC. Cette synthèse mettra en évidence l'originalité des projets, les points positifs et les difficultés que leur réalisation et/ou leur fonctionnement auront pu engendrer.

## **L'attribution des logements**

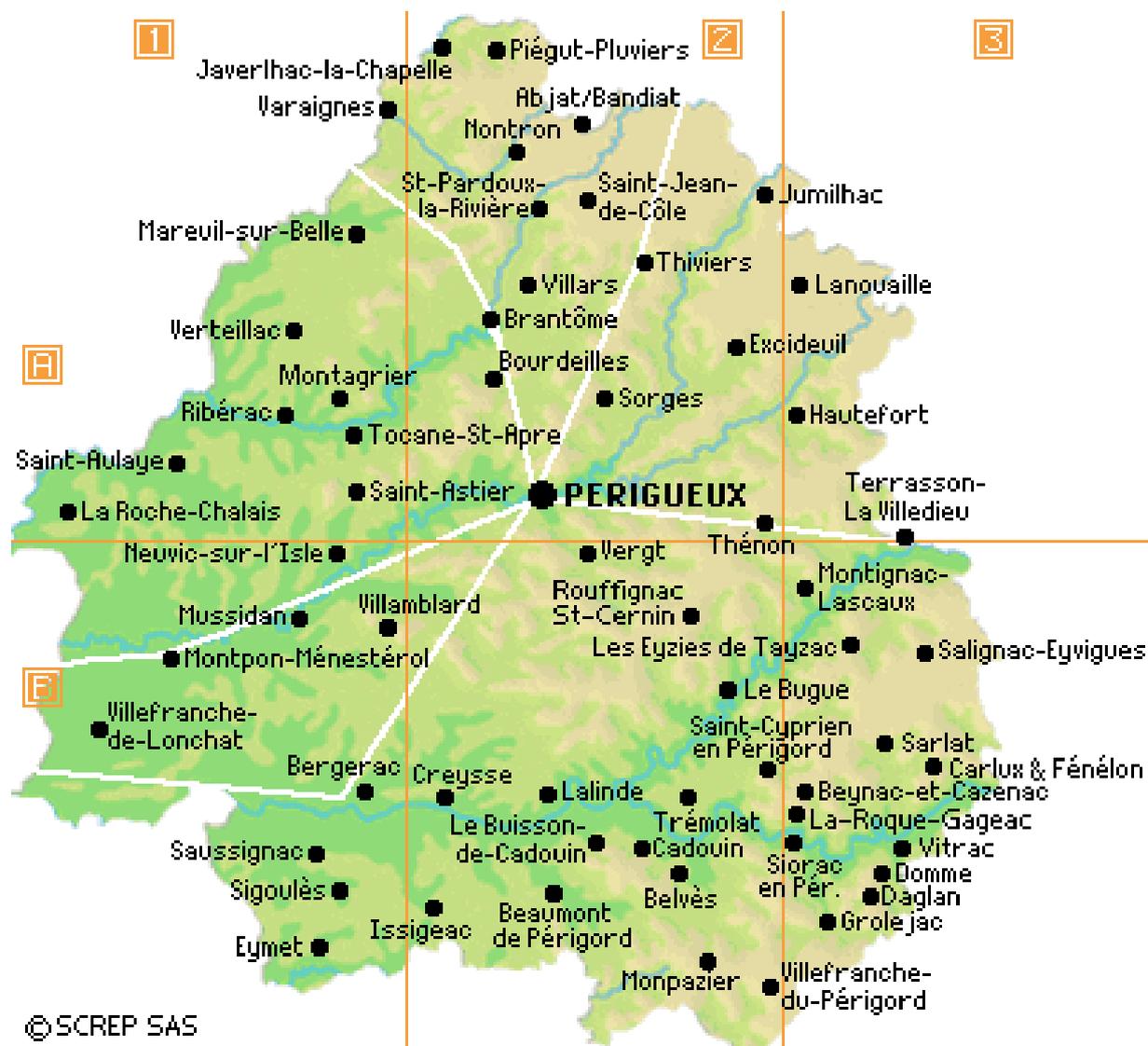
Compte tenu de la nature du projet et de l'importance à parvenir à un peuplement équilibré de la maison relais, les règles d'attribution des logements feront l'objet d'un accord entre :

- le gestionnaire ;
- l'ensemble des réservataires ;
- les services qui auront orienté vers la maison relais les futurs pensionnaires.

**Annexe 2 : Dispositifs en faveur de l'hébergement ou du logement des personnes en souffrance psychique.**



### Annexe 3 : Carte de la Dordogne.



## **Annexe 4 : Visite de la résidence accueil Jean Mialet, Miramont de Guyenne (47).**

### **Admission des personnes.**

Quelles sont les modalités d'admission des personnes accueillies ? (entretien, commission d'admission, période d'essai...)

Quel est le profil des personnes accueillies ? Quel est leur parcours de soins ?

Comment sont-elles orientées vers la structure ? Quel est le chaînage du dispositif ?

### **Conditions de vie dans la résidence accueil ?**

Quelles sont les modalités d'établissement du contrat entre la personne accueillie et les référents ?

Qui assure le suivi des personnes accueillies ? Comment celui-ci s'organise-t-il ?

Quel est le projet social de la structure ? Comment a-t-il été élaboré ?

Quelle est la durée moyenne d'occupation des logements de la résidence ?

Existe-t-il des problèmes de violence ?

Quelles sont les caractéristiques de la structure ? (habitat éclaté, lieu commun, habitat regroupé...)

### **Sortie du dispositif.**

Comment est organisée la sortie du dispositif ? Existe-t-il un projet de sortie ou un accompagnement particulier lorsqu'une sortie vers le logement ordinaire est envisagée ?

Comment sont gérées les situations nécessitant une exclusion des personnes accueillies ? Est-il possible de contraindre quelqu'un à quitter la résidence accueil ?

Que deviennent les personnes à leur sortie de la résidence accueil ? Les retrouvez-vous dans d'autres dispositifs par la suite ?

### **Gestion de la résidence accueil.**

Qui sont les hôtes de la résidence accueil ? Quel est leur profil ? Sont-ils suffisamment formés à la problématique psychiatrique ?

Quel est le rôle de l'association SOLINCITE ?

### **Travail avec les partenaires.**

La résidence accueil s'appuie sur des partenaires comme un GEM ou un SAMSAH. Comment s'articulent ces prises en charge ?

### **Sur le dispositif des maisons relais en général.**

Comment diriez-vous que les différents dispositifs de maison relais s'incluent dans l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale en France ?

Quelles sont les spécificités d'une résidence accueil par rapport à un dispositif de maison relais à proprement dit ? Quelles en sont les contraintes ?

Quels en sont les points forts ? Les points faibles ?

Connaissez-vous d'autres formes d'accueil, de suivi et d'hébergement des personnes en souffrance psychique ? La résidence d'accueil vous semble-t-elle être un mode de réponse adaptée à la problématique de logement des personnes souffrant de problèmes psychiques ? Est-elle suffisante ?

## **Annexe 5 : Les invités au festin, Mme Noëlle BESANCON.**

### **La Maison-relais « Les Capucines »<sup>38</sup>**

Un "lieu qui soigne la vie"

La Maison relais « Les Capucines », située à Besançon, est intégrée dans l'ensemble "La Maison des sources" gérée par l'association "Les Invités au Festin" qui est une expérience innovante d'alternative psychiatrique basée sur un engagement citoyen avec une forte participation de personnes bénévoles. Implantée dans l'ancien couvent des capucins situé à proximité immédiate du centre ville de Besançon, cette structure offre un accueil de jour et un lieu de vie à des personnes souffrant de difficultés psychologiques et/ou sociales. Elle vise la réhabilitation psychosociale des personnes grâce à un travail sur la recréation du lien social.

La maison relais « Les Capucines » est un lieu de vie communautaire de 13 places agréé en 2000 comme résidence sociale et qui a reçue en juillet 2003, le statut de maison relais. Elle participe ainsi au développement d'une nouvelle offre alternative et durable de logement pour des personnes en situation de grande exclusion.

Elle accueille des personnes ne pouvant pas vivre seules, présentant une souffrance psychique quelle qu'en soit la cause : maladie psychique, séquelles de traumatisme crânien, inadaptation sociale, handicap mental et psychique associés, et pour lesquelles les perspectives d'insertion et d'accession à un logement ordinaire sont très faibles.

C'est un lieu intermédiaire entre une prise en charge institutionnelle ou familiale totale, et une vie complètement autonome. C'est une structure légère, non médicalisée, qui mêle personnes exclues et incluses sans distinction, sans barrières et permet ainsi un changement de regard de la société sur ces personnes trop discriminées, stigmatisées du fait de leurs difficultés.

En raison de sa taille réduite et de son mode de vie communautaire, la maison relais permet un travail sur l'autonomie pour apprendre ou réapprendre à être en relation avec soi-même et avec les autres, c'est-à-dire :

- Prendre soin de soi (budget, l'hygiène, santé, etc.),
- S'ouvrir aux autres, vivre l'échange (repas, convivialité, solidarité, participation aux tâches de la vie commune),
- Devenir plus autonome en développant les capacités d'autonomie fondamentales et en recréant un lien social rompu, en vue d'une réinsertion sociale de la personne.

Pour cela les personnes qui postulent à l'admission à la maison relais doivent être volontaires, et désireuses de faire ce travail sur elles, sur leurs relations et leur autonomie ; elles doivent être conscientes que ce n'est pas toujours facile, et accepter le règlement.

L'animation et la régulation de la vie quotidienne sont assurées par deux accompagnantes salariées à temps partiel, dont les postes sont financés en partie sur crédits du ministère en charge de la cohésion sociale à hauteur de 12 euros plafonnés par jour et par place, alors qu'actuellement les nouvelles maisons relais sont financées à 16 euros. Elles travaillent en relation avec les 4 autres salariés de l'accueil de jour (3,7ETP), et les 60 bénévoles intervenant régulièrement dans l'association ; 7 personnes accueillies occupent des emplois à temps partiels, de 4,5 à 30 heures par semaine (ménage, informatique,

---

<sup>38</sup> Responsables et fondateurs: Marie-Noëlle Besançon, psychiatre, présidente de l'association les Invités au festin, et Jean Besançon, directeur de l'association

cuisine, comptabilité). Le couple responsable de l'association vit sur place avec les résidents.

Dans la journée, les résidents bénéficient de la structure accueil de jour (100 personnes accueillies, statut de GEM), où leur sont proposées une trentaine d'activités réparties en cinq catégories : manuelles, artistiques, culturelles et sportives, conviviales, écoute. Ils peuvent aussi participer, dès qu'ils le peuvent, à trois ateliers de réinsertion : friperie ouverte au public, buvette, atelier informatique.

Le financement du fonctionnement de l'association repose sur le principe de l'économie solidaire au sein de l'économie plurielle. Nous associons des ressources de l'économie monétaire en provenance du secteur marchand (50% du budget monétaire de fonctionnement) et du secteur non marchand (50% du budget monétaire – subventions), avec des ressources non monétaires représentées par l'engagement volontaire et le bénévolat (estimées à 65% de nos ressources monétaires, et à 7,5 ETP). Cette démarche a été récompensée par l'obtention, en 2002, du 2<sup>ème</sup> prix national de l'initiative en économie sociale décerné par la Fondation du Crédit Coopératif.

La maison relais intègre son intervention dans un travail en partenariat avec l'ensemble du réseau social, psychiatrique, médical, de l'insertion par l'économique, culturel etc. Sont particulièrement encouragées toutes les actions en direction du public, l'ouverture sur l'extérieur paraît essentielle afin de ne pas reproduire un lieu d'enfermement, un ghetto.

En ne s'inscrivant pas dans une logique de logement temporaire, mais bien d'habitat durable, sans limitation de durée, ce travail global de resocialisation effectué dans le cadre de la maison relais redonne aux résidents le sentiment d'être utiles aux autres et à eux-mêmes, ce qui fonde l'identité sociale, leur permettant de découvrir leur identité propre, leurs capacités à être, à faire, le plaisir d'agir et de vivre, et le désir de se remettre en mouvement.

Ainsi après 7 ans de fonctionnement, il est constaté que les réhospitalisations sont rares, que les symptômes s'améliorent ou disparaissent, les traitements peuvent être baissés voire supprimés. De même certains résidents retrouvent le désir de mener une vie plus autonome et reprennent des activités à l'extérieur. Plusieurs sont en phase de reprise de travail ; trois ont été embauchés dans la structure, un à l'extérieur ; deux viennent de prendre un logement extérieur, dont un tout en gardant son emploi dans la maison et un suivi par l'équipe.

Ce type de petite structure d'accueil et d'hébergement, souple et non spécialisée, hors institution, fait ainsi la preuve de son efficacité au niveau de la prévention de l'exclusion, de la préservation et de l'amélioration de la santé d'un grand nombre de personnes en situation difficile. Il est en capacité de répondre de façon très satisfaisante à beaucoup de problématiques différentes en raison de sa taille humaine, et c'est là sa valeur ajoutée.

C'est pourquoi nous souhaitons développer un réseau national de lieux d'accueil et de vie de ce type pour répondre aux nombreux besoins sur tout le territoire (création de « IAF réseau » le 21 mars 2007).

Nous demandons aussi, pour faciliter la duplication des structures, un financement de 30€/personne, le prix de revient dans nos maisons étant évalué à 50€/personne /jour.

## Annexe 6 : Fiche action DDASS 24 sur les résidences accueil.

<b>Constats</b>	Le besoin d'aide et d'accompagnement dans la vie quotidienne se pose d'une manière aiguë pour les personnes ayant un handicap psychique en situation d'exclusion sociale, notamment celles qui restent hospitalisées en psychiatrie sans nécessité thérapeutique, faute de relais social adapté ou celles qui se trouvent sans domicile. De même, les réponses données en termes de logement autonome à ces personnes sont largement déficitaires par rapport aux besoins constatés.
<b>Objectif</b>	Créer des maisons relais pour personnes en situation de précarité ou d'exclusion ayant un handicap psychique à Périgueux et Bergerac
<b>Référence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Circulaire n°2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais</li> <li>- Note d'information DGAS/PIA/PHAN/2006/523 du 16 novembre 2006 relative à la mise en place de l'expérimentation des résidences d'accueil</li> </ul>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Offrir un nouveau type de logement adapté : Le concept de maisons relais a montré sa pertinence pour apporter une solution de logement à des publics en difficulté. La présence d'un hôte ou d'un couple d'hôtes permet de restaurer le lien social jusque là défailant ou de le maintenir, et facilite ainsi le retour à une vie plus autonome. L'expérience de l'accueil de personnes ayant un handicap psychique dans certaines maisons relais a révélé l'intérêt de cette formule pour répondre au besoin de logement de certaines de ces personnes, dès lors que des soins et un accompagnement social ou médico-social adapté peuvent leur être garantis.</li> <li>- Restaurer le lien social et faciliter le retour à la vie autonome</li> <li>- Assurer la complémentarité entre les différents partenaires</li> </ul>
<b>Public visé</b>	<p>La résidence accueil est destinée à l'accueil de personnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fragilisées et handicapées par des troubles psychiques liés à une pathologie mentale au long cours, dont l'état est suffisamment stabilisé pour respecter et bénéficier des règles de vie semi-collective,</li> <li>▪ Suffisamment autonomes pour accéder à un logement privatif, dès lors qu'un accompagnement et des soins sont garantis en tant que de besoin.</li> <li>▪ Dans une situation d'isolement ou d'exclusion sociale</li> <li>▪ A faible niveau de revenus, sans critère d'âge.</li> </ul>
<b>Pilote de l'action</b>	DDASS CROIX MARINE
<b>Conditions et modalités de mise en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépôt du dossier de création</li> <li>- Validation du dossier par la commission régionale (DRASS + DRE)</li> <li>- Convention de partenariat avec les établissements de santé référents</li> <li>- Coopération avec les établissements sociaux pour le suivi social ou psychosocial</li> </ul>
<b>Partenaires</b>	DDASS, DDE, Bailleurs sociaux, Croix Marine, centres hospitaliers de Vauclaire, de Sarlat et de Périgueux ASD, SAFED, APARE, Atelier, ACSC CCAS de Périgueux, Bergerac, Sarlat Organismes tutélaires : UDAF, MSA, APEI ?
<b>Calendrier</b>	Dépôt des dossiers : 2008 Mise en œuvre 2010
<b>Coût et financement de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Financement forfaitaire – BOP 177</li> <li>- Participation des personnes (sous-location) éligible aux aides au logement (APL)</li> <li>- Investissements : PLAI</li> </ul>
<b>Evaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- signature des conventions</li> <li>- modalités d'admission, règlement intérieur</li> <li>- vérification de la pertinence d'une telle offre</li> <li>- mise en œuvre des partenariats</li> </ul>