

# Le logement accompagné

## *L'exemple des maisons relais et des résidences accueil*

Sur le terrain, la question de l'hébergement et plus encore du logement des personnes avec troubles psychiques a souvent été posée de façon pragmatique par des secteurs psychiatriques soucieux de faciliter la sortie des structures hospitalières pour les malades et de leur apporter des réponses adaptées. Les assistantes de service social ont largement contribué à organiser la sortie de patients dits chroniques depuis les années 80 en les adressant aux établissements médico-sociaux pour adultes handicapés, aux maisons de retraite, mais aussi en participant à la création de toute une gamme d'appartements associatifs et en tissant des liens avec les partenaires du social et du logement. Des associations ont parfois été créées pour développer ces alternatives. Néanmoins, ces initiatives ont fréquemment été mises en place de façon isolée, souvent limitées à un secteur et sans démarche d'ensemble au sein des établissements.

Au niveau national, ces besoins n'ont, jusqu'à récemment, pas ou peu été pris en compte en tant que tels par les politiques publiques, tandis que les structures médico-sociales restaient, elles, en nombre insuffisant. De ce point de vue, il convient de se réjouir que le plan psychiatrie-santé mentale témoigne pour la première fois de la reconnaissance de l'importance du logement et y consacre des actions spécifiques. De même, il faut noter qu'au niveau régional, cette problématique émerge de façon croissante : certaines commissions régionales de concertation en santé mentale ont décidé d'y consacrer un groupe de travail spécifique. C'est le cas, par exemple, du Nord/Pas-de-Calais et de l'Île-de-France. Au niveau des agglomérations, cette dimension est également de plus en plus présente (cf. Le Havre, Nantes, Lyon, Lille...) et les guides annuaires se multiplient. Enfin, les tables rondes consacrées au logement ont enregistré, dans le cadre des journées interrégionales santé mentale/précarité organisées

en 2007 à Rennes et Amiens, une certaine affluence qui témoigne d'une attention à cette problématique mais aussi d'interrogations et d'attentes fortes.

La diversité des situations de handicaps psychiques et de leurs manifestations appelle une souplesse dans les réponses et la mise en place d'une palette de solutions (cf. *Pluriels* n°65). Si certaines personnes relèvent, en effet, exclusivement d'institutions spécialisées, pour d'autres, ces structures constituent un cadre trop lourd qui ne leur permet pas d'évoluer favorablement. Nombreux souhaitent vivre en logement autonome et sont aptes à le faire, bien qu'ayant des parcours de vie chaotiques, pour peu qu'on prenne en compte l'impact et la spécificité de leurs troubles, voire de leur handicap sur leur vie quotidienne. Il s'agit, en effet, non seulement de répondre dans des conditions décentes à leur besoin de logement, mais aussi d'y garantir leur maintien, maintien qui passe par un accès effectif aux soins mais aussi parfois par un accompagnement au quotidien.

La MNASM a choisi, dans ce numéro, de s'arrêter sur deux de ces « formules » de logement accompagné : les maisons relais et leur déclinaison, les résidences accueil.

### S O M M A I R E

#### P2

Habiter, une prise de risque parfois trop importante pour tenter seul l'aventure

#### P3

Les maisons relais et les résidences accueil au quotidien : entre espaces privés et vie collective

#### P5

L'inscription dans un partenariat de projet

#### P6

Conclusion

*Dossier réalisé par Anne Veber,  
permanente à la MNASM*

## Habiter, une prise de risque parfois trop importante pour tenter seul l'aventure.

### La spécificité des troubles psychiques.

Les troubles psychiques se distinguent par deux grandes caractéristiques :

- une grande dispersion dans la gravité des troubles, pouvant aller d'une complète autonomie moyennant un suivi sanitaire à une perte totale d'autonomie nécessitant des séjours hospitaliers fréquents et/ou prolongés, voire une solution d'hébergement médico-social de type MAS ou FAM ;
- une variabilité ou une intermittence conduisant à des ajustements incessants, la stabilisation n'étant parfois qu'une étape plus ou moins longue dans une évolution positive ou non de la maladie.

Selon la personne, selon le moment de sa vie, le besoin de prise en charge médicale est donc plus ou moins lourd et l'aptitude à vivre de façon autonome plus ou moins grande. Le rapport du député Michel Charzat<sup>1</sup> a clairement mis en évidence, en 2002, les caractéristiques propres à ces troubles et les besoins qu'ils induisent. Les conséquences graves qui en résultent pour la personne ont conduit les pouvoirs publics à en reconnaître, dans la loi du 11 février 2005, le caractère handicapant pour la vie sociale et indirectement à consacrer l'expression « handicap psychique ». Celle-ci recouvre les diverses situations de handicap que peuvent générer des troubles psychiques durables. Elle vise les difficultés rencontrées par les personnes dans leur vie quotidienne et leur participation sociale, les incapacités reconnues les plus importantes concernant les habiletés psychosociales, qui peuvent rendre la vie personnelle et sociale très difficile et font du trouble psychique un des facteurs exposant à un risque accru de mal logement, voire d'exclusion du logement.

Les incapacités propres à la maladie mentale, les représentations qu'elle suscite, auxquelles s'ajoutent parfois des conditions de sortie insuffisamment préparées fragilisant la réinsertion, constituent en effet un frein réel à l'accès au logement. La pathologie mentale et les handicaps en résultant parfois compliquent, en effet, le rapport au milieu ordinaire. Les phases d'apragmatisme (l'incapacité à agir et à décider pouvant entraîner l'inactivité et le confinement chez soi), une inaptitude temporaire ou prolongée à s'orienter dans l'espace et dans le temps, à gérer sa sécurité et à maîtriser son comportement dans les relations avec autrui, mais aussi la difficulté à mobiliser les compétences antérieurement acquises, les liens sociaux auparavant construits, à nouer de nouvelles relations affectives et sociales stables et variées et la perte diversifiée des conduites adaptatives entraînent une solitude affective, sociale et relationnelle et exposent à des difficultés parfois insurmontables pour effectuer les gestes et actes simples de la vie sociale. Les personnes concernées restent vulnérables eu égard à leurs capacités d'adaptation aux événements et aux modifications de l'environnement, exposant à un risque d'exclusion et de souffrance.

1. Rapport du député Michel Charzat, *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celles de leurs proches*, mars 2002.

## Textes.

- Loi n°2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale.
- Code de la construction et de l'habitation (articles R.353 et suivants).
- Décret n°94-1128, n°94-1129 et 94-1130 du 23 décembre 1994 créant les résidences sociales.
- Circulaire n°2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais.
- Instruction DGAS/DGUHC du 11 mars 2003 relative aux maisons relais.
- 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.
- 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.
- Circulaire n°2006-45 du 4 juillet 2006 relative aux résidences sociales.
- Note d'information n°2006-523 DGAS/DGUHC du 16 novembre 2006 relative à la mise en place de l'expérimentation des résidences accueil.
- Instruction DGAS / DGUHC du 4 mai 2007 relative à la validation des projets de résidence accueil par le groupe de travail national interministériel.
- Circulaire n°2007-377 DGAS du 19 octobre 2007 relative au dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion, période hivernale 2007-2008.

Aussi, si pour toute personne, le changement de lieu de vie revêt une importance particulière, c'est d'autant plus vrai pour des personnes ayant vécu, parfois pendant de longues périodes, dans l'environnement très encadré de la psychiatrie ou encore pour celles qui passent d'une vie guidée par la survie et l'urgence de la rue à un univers où il faut tout « réapprendre ». Au stress lié au simple fait de se trouver dans un autre lieu s'ajoute le stress lié aux contraintes ordinaires de celui qui a un toit pour des personnes qui n'ont pas géré leur quotidien pendant de nombreuses années et à qui l'on demande de faire les courses, cuisiner, s'occuper du linge... Pour toutes ces raisons, habiter constitue pour certains un exercice délicat, voire périlleux. Pour eux, l'accompagnement est très alors important.

### La pertinence des réponses proposées : le contexte d'émergence de ces dispositifs.

Les maisons relais et les résidences accueil constituent, au regard de cette problématique, une offre de logement alternative. Ces deux dispositifs, qui permettent de concilier les besoins simultanés d'un toit pour soi et d'être avec d'autres, sont en effet susceptibles de répondre aux besoins de logement d'une partie de ce public : des personnes handicapées psychiques suffisamment stabilisées pour vivre en logement autonome, mais dont la fragilité rend nécessaire une présence qui, sans être continue, apporte sécurité, convivialité par un accompagnement personnalisé et, autant que faire se peut, une insertion sociale.

Les maisons relais et les résidences accueil reposent sur une forme de compromis basé sur un paradoxe : accepter les contraintes liées au handicap, admettre le recours à des aides extérieures, mais aussi de ne plus avoir comme seul interlocuteur l'équipe soignante et d'investir d'autres relations, c'est-à-dire, en résumé, multiplier les petites dépendances et les liens pour trouver l'autonomie. À cet égard, les échecs rencontrés en logement accompagné (maisons relais mais aussi appartements avec gouvernantes) ne sont pas toujours liés à des décompensations psychiatriques mais en partie à la difficulté de se fixer des limites dans un cadre laissant une grande liberté. Aussi, s'il est difficile de définir des indications précises d'admission, il semble néanmoins que celles-ci sont moins liées à la maladie ou au degré de dépendance qu'à la capacité à vivre en petit groupe en respectant l'espace de l'autre.

Les maisons relais ont une vocation large d'accueil durable de personnes fortement désocialisées ou qui ont connu la rue. Elles ne sont pas « réservées » aux personnes souffrant de troubles psychiques. C'est néanmoins la première fois que ce public apparaît dans des textes visant un dispositif de logement social. La circulaire de 2002 prévoit, en effet, explicitement qu'il puisse y être accueilli : « *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* ». L'expérience de l'accueil, parmi d'autres publics, de personnes sortant d'hôpital psychiatrique a, par ailleurs, révélé l'intérêt de cette formule pour répondre aux besoins de logement de certaines de ces personnes, dès lors que des soins spécialisés leurs sont garantis dans le cadre d'un partenariat étroit avec les gestionnaires de la structure.

Très vite toutefois, l'instruction de mars 2003, tout en ne niant pas la légitimité de projets ciblant des catégories de publics (femme ou couple avec enfants, immigrés vieillissants mais aussi malades psychiques stabilisés), a réaffirmé l'exigence de mixité des publics comprise comme mixité des histoires et des parcours, afin de créer une dynamique au sein de la maison et éviter un « effet ghetto ». La réaffirmation de ce principe a alors pu entraîner un refus des commissions régionales de validation de soutenir des initiatives émanant d'associations visant en majorité des malades psychiques stabilisés. Certains ont parlé d'un dévoiement du concept de mixité sociale. Quoi qu'il en soit, au fur et à mesure que certaines remontées de terrain faisaient apparaître une difficulté sur la définition des publics, un raidissement des services instructeurs a été observé.

C'est dans ce contexte, alors même que le plan santé mentale et les associations de familles et de patients soutenues par le Haut comité pour le logement des personnes défavorisées soulignaient le rôle majeur joué par le logement dans l'insertion des malades mentaux, qu'est né le concept de résidence accueil permettant à la fois de contourner cette crispation autour du concept de mixité, mais aussi de venir élargir la gamme de réponses. En effet, si la formule de l'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. La circulaire de programmation DGAS-DGUHC de 2006 a ainsi prévu, à titre expérimental, le financement de structures dédiées. Ce programme, qui a donné lieu au financement au titre de 2007 de 379 places (le financement d'un peu plus de 600 places est prévu pour 2008), s'inspire des expériences réussies des maisons relais et en adapte les modes de fonctionnement aux besoins spécifiques

de ce public. Cette expérimentation n'interfère pas avec le dispositif des maisons relais qui continuent d'accueillir des publics variés dans les conditions définies en 2002. La résidence d'accueil, comme la maison relais, constitue une modalité de résidence sociale clairement inscrite dans le champ du logement social. Elle est ouverte à des personnes dans une situation d'isolement ou d'exclusion sociale présentant des profils et des parcours variés, qui peuvent avoir connu des périodes d'hospitalisation prolongées, des épisodes d'errance ou être restées à charge de leur famille. Elle est prioritairement destinée à l'accueil de personnes à faible niveau de revenus, fragilisées et handicapées par des troubles psychiques liés à une pathologie mentale au long cours dont l'état rend peu probable, à échéance prévisible, leur accès à un logement ordinaire, mais suffisamment stabilisées pour respecter et bénéficier des règles de vie semi-collective et suffisamment autonomes pour accéder à un logement privatif dès lors qu'un accompagnement et des soins sont garantis. Sa spécificité est, en effet, d'offrir aux résidents la garantie, en tant que de besoin, d'un accompagnement sanitaire et social organisé dans le cadre de partenariats formalisés avec le secteur psychiatrique et un Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou un Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

## Les maisons relais et les résidences accueil au quotidien : entre espaces privés et vie collective.

La spécificité de ces deux dispositifs tient au projet social mis en œuvre autour de la vulnérabilité des personnes accueillies qui ne souhaitent pas ou ne sont pas en capacité de vivre complètement seules. Élaboré autour de la définition des publics, le projet social affiche, en effet, deux exigences essentielles : le caractère durable du logement et la rupture de la solitude et de l'isolement comme support d'insertion grâce à une valorisation de la vie collective rendue possible par la conception du bâti et la présence de l'hôte.

### **Le caractère durable du logement, facteur essentiel permettant l'accueil d'un public fragilisé dans un cadre de vie sécurisant.**

Par sa souplesse, cette formule originale donne le temps de stabiliser des parcours chaotiques. Les personnes logées peuvent progressivement trouver leur rythme et leurs repères dans la communauté sans pression particulière, ce qui semble favoriser une évolution ultérieure vers plus d'autonomie et augmenter progressivement leurs compétences sociales. Ces personnes, souvent très désocialisées quand elles arrivent, changent de statut : en donnant un toit, on restaure l'estime de soi et la confiance, facilitant ainsi la mise en place d'une démarche de réadaptation sociale. Ces deux dispositifs favorisent également l'épanouissement personnel et améliorent la qualité de vie : limitation des symptômes et stabilisation de l'état de santé (même si ces dispositifs n'ont pas d'objectif thérapeutique en tant que tel), diminution progressive de la dépendance vis-à-vis de la structure hospitalière (le suivi fait par les CMP répondant pleinement

aux besoins en termes de soins), possibilité de renouer des liens familiaux... Cette stabilité, primordiale pour permettre aux résidents de se sentir en sécurité, peut conduire certains, à échéance plus ou moins longue, à quitter ce cadre pour un logement ordinaire (de la rue ou de l'hébergement au logement autonome en passant par la maison relais ou la résidence accueil). Il n'en reste pas moins qu'il est important de préciser que, contrairement à ce que l'intitulé « maisons relais » peut laisser penser, ces deux dispositifs ne s'inscrivent pas dans une logique de logement temporaire, mais bien d'habitat durable sans limitation de durée. Ils offrent un cadre, mais pas d'objectifs obligatoires en termes d'insertion professionnelle, de parcours résidentiel. Il ne peut, en effet, être décidé *a priori* des formes d'évolution de la situation de chacun. Le parcours d'un individu n'est pas forcément linéaire. Il est fait de déménagements et d'alternances de solutions diverses. En général, les deux types de parcours coexistent au sein d'une même maison. On n'est pas ici dans une représentation du logement autonome comme logement idéal. Par leurs réponses, les maisons relais et les résidences accueil constituent l'idéal pour certaines personnes à un moment donné ou de façon plus permanente.

### **Une taille, une implantation et une conception architecturale qui tendent à favoriser les relations de la vie quotidienne et une meilleure intégration dans l'environnement immédiat et le voisinage.**

Les maisons relais sont le plus souvent des structures de petite taille associant logements privés et espaces collectifs. L'idée sous-jacente étant qu'au-delà d'une certaine taille, la qualité de l'accueil diminue et la dimension institutionnelle prend le pas sur celle du logement. L'enquête menée par « Ville et habitat » (cf. p. 8) auprès des structures gestionnaires de maisons relais montre que près de la moitié ont entre 15 et 24 places. Quant aux résidences accueil, leur cahier des charges garde cette philosophie.

Il s'agit, par ailleurs, de créer des formules d'habitat avec services qui soient le support à un projet d'accompagnement favorisant à la fois la vie autonome et le lien social nécessaire à la vie en collectivité. Ces structures bien insérées dans l'environnement local poursuivent également, au-delà du logement, un objectif d'intégration et de socialisation par leur ouverture sur la vie sociale locale à laquelle les résidents peuvent prendre part au fur et à mesure de leur réinsertion (vie de quartier, vie associative...).

L'architecture des lieux a également son importance. La structure peut, de préférence sur un site unique, comporter plusieurs modules regroupant chacun quelques appartements autour d'un espace commun. Des unités de logements regroupés, proches les unes des autres, peuvent constituer une réponse. En revanche, la modalité du logement éclaté n'est pas envisageable du fait de l'absence d'espaces collectifs qui caractérisent toute maison relais ou résidence d'accueil. Le bâtiment se compose :

- de logements individuels, indépendants, permettant à chaque résident d'avoir une vie privée et autonome. Chaque logement doit disposer d'un espace de vie permettant les activités domestiques habituelles. La maison relais est un « chez soi » synonyme d'autonomie avec toute la symbolique qui s'y rattache (accès à son logement avec une clé, boîte à lettres au nom des résidents, donc adresse, ce qui est fondamental pour la vie sociale, en général kitchenette...);
- d'espaces de convivialité et de vie collective : salon et/ou salle à manger, cuisine collective permettant la confection des repas...

### **L'hôte ou le couple d'hôtes, « marque de fabrique » au cœur du projet social.**

La présence quotidienne d'un hôte ou d'un couple d'hôtes, qui porte aux résidents une attention personnalisée, facilite l'instauration du lien social en même temps qu'elle offre un environnement sécurisant et chaleureux.

L'hôte doit, en effet, être à l'écoute des résidents et assurer auprès d'eux une présence qui, sans être constante (sa présence est prévue en journée et il n'assure pas de fonction de veilleur de nuit), apporte sécurité et convivialité dans la maison. Il organise des activités avec les résidents, anime les espaces collectifs et les temps de vie commune. Sa présence facilite la restauration ou le maintien du lien social jusque-là défaillant. Sa mission consiste notamment à soutenir les personnes pour les actes ordinaires et essentiels de la vie quotidienne afin de diminuer autant que possible les facteurs de stress tout en les amenant à s'autonomiser. L'hôte facilite les relations entre les résidents, les aide à accepter les bizarreries de comportements et de paroles des autres résidents, à vivre en communauté, mais aussi à trouver un espace de solitude et à prendre ou reprendre contact avec la société. Il organise les liens avec le voisinage et l'environnement local. Le sentiment de sécurité repose au moins autant sur l'identification et une confiance entre pairs (cf. notion de pairs étayants) qui se construit au fil de la présence, que sur l'étayage des hôtes.

Outre la définition avec les résidents des modalités de la vie collective et de respect du règlement intérieur, l'hôte exerce un rôle de vigilance et d'alerte sur les problèmes rencontrés par ou avec eux. Il lui appartient parfois de désamorcer les conflits. Cette attention particulière requiert des qualités personnelles permettant de faire face à la diversité et aux difficultés des situations, et une motivation à travailler auprès de ce public. Une expérience dans le secteur de l'insertion de personnes en difficulté, du soin ou du handicap psychique est utile. Les hôtes reçoivent nécessairement, dès leur prise de fonctions, une formation adaptée, poursuivie

## **Étapes à suivre pour créer une maison relais ou une résidence accueil.**

- Les projets doivent s'inscrire dans une analyse des besoins relevant des Plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD) et des Programmes locaux de l'habitat (PLH). La programmation fait l'objet d'une inscription au PDALPD. Cette création doit reposer sur un projet social dont la formalisation est nécessaire pour l'obtention de l'agrément.
- Les dossiers peuvent être adressés aux Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) ou aux Directions départementales de l'équipement (DDE). L'instruction des dossiers se fait de manière conjointe par les DDASS et DDE. Les projets sont ensuite validés par un comité présidé par le préfet de région composé d'un représentant des directeurs de la DRASS et de la DRE.

dans le cadre de leur activité, ainsi qu'un soutien régulier auprès des partenaires extérieurs. À cet égard, les équipes de psychiatrie impliquées dans le suivi des résidents interviennent pour la gestion de la vie de groupe, mais aussi pour la formation et la supervision des hôtes (comment faire face aux tentatives de contrôle de la maison par un résident, aux menaces de suicide ? ...). La présence ponctuelle de personnes dont le positionnement extérieur leur permet de garder un certain recul et, si besoin, de recadrer, est importante.

Enfin, l'hôte assure un rôle de relais avec les partenaires extérieurs : il est, à son niveau, l'interlocuteur des services sociaux et des services de santé de proximité et en particulier ceux qui sont liés par convention à la structure. Il peut également avoir en charge, en liaison avec l'association gestionnaire, des tâches de gestion locative quotidienne (accueil des nouveaux résidents, surveillance et bon entretien des logements et des espaces collectifs, perception de la redevance).

## L'inscription dans un partenariat de projet.

### Les troubles psychiques : un facteur de vulnérabilité qui implique l'association des savoir-faire des acteurs du logement, de l'action sociale et sanitaire.

En 2005, dans son 11<sup>e</sup> rapport<sup>1</sup>, le Haut comité pour le logement des personnes défavorisées, insiste sur le fait que si la pauvreté est le premier facteur individuel pouvant affecter la capacité d'une personne à accéder et à se maintenir dans un logement décent, s'y ajoutent des « facteurs de vulnérabilité » qui, cumulés au premier, traduisent une situation de risque particulier et appellent des actions spécifiques. Les services sociaux et les associations qui viennent en aide aux populations en difficulté de logement font le même constat. Le trouble psychique expose à un risque accru de mal logement, voire d'exclusion du logement. Or, le Haut comité pointe que l'action contre les facteurs de vulnérabilité, plus complexe à mener que la lutte ciblée sur les effets de la pauvreté, ne peut se limiter à une intervention restreinte au logement. Elle nécessite l'association du savoir-faire de professionnels issus des différentes cultures du logement, du social et du sanitaire. Ce croisement s'opère ici ou là. Il reste cependant trop souvent limité et peine à s'organiser de façon à apporter des réponses coordonnées et systématiques nécessaires pour intervenir le plus en amont possible et garantir le droit au logement. L'engorgement que connaît le dispositif d'hébergement, malgré la forte augmentation de ses capacités d'accueil, témoigne de cette insuffisante prise en compte en amont des facteurs de vulnérabilité.

### Le rôle du partenariat dans le montage et la mise en œuvre des projets.

L'importance des partenariats mis en œuvre pour développer un dispositif d'abord expérimental devenu, après cinq ans, un segment à part entière du logement adapté en faveur des personnes les plus en difficulté

doit être soulignée. La diversité des personnes réunies lors de la journée technique nationale des maisons relais en témoigne. Les pratiques partenariales, seules, permettent en effet de gérer les problèmes dans la durée. Aussi, la pertinence des maisons relais et des résidences accueil réside, outre les caractéristiques évoquées *supra*, dans la mise en place de partenariats assurant le nécessaire « filet de sécurité » autour de ce type de public. Elles consolident et parfois permettent ce partenariat autour de situations individuelles. Reconnu comme indispensable, celui-ci est le gage que maisons relais et résidences accueil ne seront pas des lieux de relégation fonctionnant en vase clos hors des circuits sociaux et relationnels. Cet étayage collectif autour de l'individu intervient tant dans le montage et la définition du projet (le plus mauvais moment pour le tisser étant celui de l'urgence) qu'au cours de sa mise en œuvre au niveau de l'orientation et du suivi des personnes logées, en favorisant notamment la mise en place de conventions.

Cette structuration se fait à partir du projet social qui est une démarche globale et partenariale impliquant également les hôtes. Le projet social doit viser à l'intégration de la structure dans son environnement social et faciliter l'articulation avec les acteurs locaux. Son élaboration doit donc se situer très en amont du projet de création. Il doit, en effet, susciter une adhésion de l'ensemble des acteurs concernés pour définir les conditions de sa réalisation sur les plans techniques et financiers en fonction des caractéristiques du public accueilli et de ses besoins. Les fonctions et rôles de chacun sont alors précisés et ajustés : qui décide des admissions, des sorties, qui est l'interlocuteur des familles, des tuteurs, qui aide les résidents à organiser leur journée, qu'en est-il du secret médical dans les relations partenariales, que doivent savoir les hôtes de la maladie des résidents ? ... Autant de questions qui doivent être débattues.

La complémentarité avec les partenaires se joue ensuite :

- Au niveau de la commission d'attribution : 78 % des commissions des maisons relais associent des partenaires extérieurs<sup>2</sup>. Cette participation est décisive pour l'engagement ultérieur de chacun. Il importe donc que le projet soit conçu d'emblée avec ses partenaires. À cet égard, il est important que l'équipe psychiatrique participe aux décisions d'admission et de sortie. Dans le cadre du programme expérimental de résidences accueil, un comité d'admission se prononce sur les candidatures qui, avec l'assentiment de la personne, peuvent venir d'horizons variés. Il définit ses critères de priorité ou d'inclusion, le choix de l'admission appartenant en dernier recours au gestionnaire.
- Au niveau du suivi : compte tenu de la fragilité du public, il convient de veiller à ce que les acteurs ayant orienté vers la structure (services sociaux locaux, services psychiatriques de secteurs d'origine...) continuent à suivre ces personnes. Généralement, la personne ayant orienté reste le référent. L'enquête précitée observe autour des maisons relais de nombreux partenariats avec des travailleurs sociaux (97 %), des établissements médico-sociaux et de santé (85 % des cas) mais aussi, plus largement, avec des associations caritatives (66 %), des bailleurs sociaux (41 %) et des bénévoles. Le cahier des charges des résidences accueil prévoit qu'un comité de suivi réunissant le gestionnaire, les partenaires conventionnés, la commune d'implantation de la résidence, la DDASS, la

1. Haut comité pour le logement des personnes défavorisées, *Face à la crise : une obligation de résultat*, décembre 2005.

2. Source : *Évaluation nationale du dispositif « maisons-relais »*, rapport final, décembre 2007, Ville et Habitat.

DDE et, le cas échéant, la collectivité délégataire des aides à la pierre, se réunisse régulièrement. Une attention particulière a été accordée aux modalités de partenariats tant avec les équipes de soins, notamment des secteurs psychiatriques, qu'avec les équipes d'accompagnement social et médico-social afin de faciliter l'accès des résidents à l'ensemble des services qui leur sont nécessaires, veiller à la continuité des soins et apporter un soutien aux hôtes. Le cahier des charges laisse à dessein une grande part à l'initiative des opérateurs dans l'organisation de ces partenariats comme dans le fonctionnement des résidences. Il faut signaler que l'implication des collectivités locales donne du poids et de l'impulsion à des initiatives trop souvent restreintes à une équipe médicale et un bailleur. Elle permet en effet de structurer le partenariat à l'échelle du territoire d'une ville ou d'une agglomération afin d'organiser la mise en synergie des politiques sanitaires, sociales et de logement.

### **La spécificité de la résidence accueil : la garantie d'un accompagnement médico-social et sanitaire.**

L'accompagnement s'appuie dans ces résidences sur des partenaires extérieurs pour favoriser un accompagnement adapté à chacun. La résidence accueil offre en effet à ses résidents la garantie, en tant que de besoin, d'un accompagnement médico-social, social et sanitaire, organisé dans le cadre de partenariats formalisés par des conventions avec le secteur psychiatrique, mais aussi un SAVS ou un SAMSAH dont l'existence préalable ou la création en cours est indispensable.

• **L'accompagnement social et médico-social** : si le rôle du couple d'hôte est davantage tourné vers le fonctionnement interne, celui du SAVS ou SAMSAH est axé vers l'extérieur et le travail en réseau. Ces services

ont pour objectif d'amener la personne à élaborer et à mettre en œuvre des projets de vie en favorisant la reconstruction des liens avec son environnement. Ils ne sont pas implantés dans les locaux de la résidence, même si ils peuvent, en liaison avec l'hôte, y mener des activités au profit des résidents. Outre l'accompagnement des résidents bénéficiant de ce service, la convention doit prévoir des rencontres régulières avec les hôtes dans le but de mutualiser leurs actions respectives, sans confusion des rôles et pour apporter aux hôtes leur appui. L'accès aux résidences accueil n'est toutefois pas subordonné à la reconnaissance du handicap par la MDPH. Par ailleurs, cette admission n'entraîne pas automatiquement un accompagnement par un SAVS ou un SAMSAH partenaire. Elle n'y est pas non plus subordonnée. *A contrario*, l'admission en SAVS n'entraîne pas, en elle-même, l'attribution d'un logement en résidence accueil.

• **Les soins psychiatriques** : l'instruction prévoit que le suivi psychiatrique spécialisé est assuré, pour chaque personne, par une équipe de secteur psychiatrique ou par un psychiatre d'exercice privé de son choix, dans le souci de la continuité des soins. Par ailleurs, une convention lie systématiquement le gestionnaire de la résidence et au moins une équipe de secteur psychiatrique afin de garantir la réponse aux appels des résidents et des hôtes, les soins d'urgence, l'accueil en hospitalisation en cas de nécessité, mais aussi d'assurer des échanges réguliers avec les hôtes.

Enfin, chaque résident accède, selon ses besoins et ses choix, aux soins et aux aides dispensés par les dispositifs de droit commun (services de santé et praticiens libéraux, CCAS, MDPH...).

## **Financement des projets.**

Il est assuré par l'État. Les résidences accueil sont techniquement rattachées à la réglementation des maisons relais dont elles sont une modalité. Les règles de financement sont celles figurant dans la circulaire initiale du 10 décembre 2002, puis précisées dans les circulaires annuelles ultérieures, s'agissant du fonctionnement. Elles ouvrent droit au bénéfice de l'allocation personnalisée au logement (APL).

**Le financement de l'investissement** est assuré par le ministère chargé du logement : Prêts locatifs aidés - Intégration (PLA-I), voire PLUS dans certaines conditions à soumettre aux services de la DDE ou aux collectivités délégataires, Prime à l'amélioration des logements à usage locatif sociaux (PALULOS), et à titre complémentaire Participation des employeurs à l'effort de construction (PEEC), participation des Caisses d'allocations familiales, des caisses de mutualité sociale agricole et des collectivités locales seront recherchés pour adapter au mieux le montant de la redevance à la capacité contributive des pensionnaires, en tenant compte du pouvoir solvabilisateur de l'APL<sup>1</sup>.

**Le financement du fonctionnement** est assuré par le versement d'une subvention de l'État (Ministère chargé de la cohésion sociale, DGAS) destinée à la rémunération de l'hôte. Celle-ci est plafonnée à 16 € par jour et par place pour les places de maisons-relais et de résidences accueil créées depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007. Les places de maisons relais créées antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2007 continuent à être financées à hauteur de 12 € par jour, voire mais plus rarement de 8 €. Pour d'autres prestations (animation de la résidence, le cas échéant la veille de nuit...), il convient de rechercher d'autres sources de financement.

S'agissant des résidences accueil, **Le financement du SAVS** relève d'une décision des Conseils généraux. Leur accord doit être recherché et une inscription au schéma directeur départemental des personnes handicapées sera prévue simultanément à l'inscription au PDALPD.

**Le financement du SAMSAH** suppose, lui, un financement complémentaire « assurance maladie ».

1. L'appellation logement locatif social recouvre trois catégories qui se différencient par les subventions et prêts accordés, le niveau de revenu des attributaires et le loyer au m<sup>2</sup> : les PLAI (Prêts locatifs aidés d'intégration), les PLUS (Prêts locatifs à usage social) et les PLS (Prêt locatif social). Par logements « accessibles », on désigne donc essentiellement les deux premières catégories de logement, ceux dont les loyers demeurent acceptables pour les ménages modestes. Le PLUS est le dispositif principal de financement du logement social.

---

## Conclusion

Le recul de plusieurs années dont disposent certaines maisons relais fait la démonstration de l'efficacité d'un mode d'accueil qui répond bien aux besoins de personnes pourtant très déstructurées qui semblent y trouver stabilité et sécurité ainsi qu'un accompagnement continu dans les actes de la vie quotidienne, y compris pour certaines dont l'admission en établissement médico-social s'était soldée par un échec. Ce recul met également en évidence la pertinence et la faisabilité d'une approche décloisonnée. Le parcours des personnes accueillies montre des problématiques sociales et psychiatriques souvent intriquées (36 % des résidents en maisons relais bénéficient d'un suivi psychiatrique).

Il est un peu tôt pour tirer les enseignements de l'expérimentation « résidences accueil ». Ce dispositif fera l'objet d'une évaluation en 2009. Gageons néanmoins que celle-ci pourra servir à la définition de futurs programmes de résidences adaptées aux personnes ayant un handicap psychique, mais aussi inspirer des modes de fonctionnement et de partenariats pour les publics accueillis en maisons relais dont une partie appelle un meilleur accès aux soins psychiatriques et aux dispositifs de compensation du handicap.

Ces expériences montrent, en effet, que l'étayage assuré par la psychiatrie constitue un facteur décisif. Cela interpelle les équipes de psychiatrie sur leur souplesse, leur réactivité et leur capacité à intervenir au long cours là où vivent les usagers, l'hôpital n'étant plus un acteur central, mais disposant d'une place complémentaire à celle des autres acteurs.

Le développement de ces dispositifs suppose également d'intégrer pleinement la dimension logement dans les MDPH et de sensibiliser leurs équipes pluridisciplinaires au décalage entre la réalité des situations de handicap psychique et les critères d'éligibilité à la prestation de compensation peu pertinents du point de vue de la description des personnes concernées<sup>1</sup>.

Par ailleurs, ces expériences plaident pour un engagement sans ambiguïté dans une démarche qui consiste à planifier et moderniser une gamme diversifiée et graduée d'habitat à destination des malades mentaux aux troubles persistants mais stabilisés, allant du logement ordinaire à l'hébergement en structures médico-sociales et sociales, dont le logement accompagné serait une composante. Cela suppose dès aujourd'hui

pour les maisons relais et, on peut le penser, demain pour les résidences accueil, de dépasser une production « artisanale », qui semble se développer au coup par coup selon les opportunités locales (dynamisme associatif, existence d'expériences antérieures sur le territoire, collectivités locales parties prenantes, voire porteuses de projet...) et/ou nationales (effets d'aubaine liés aux appels à projets, diffusion de pratiques via les réseaux d'insertion) pour trouver les voies et moyens d'une concrétisation plus importante et plus rapide des projets<sup>2</sup> sans dénaturer le dispositif ou lui faire perdre sa finalité et sa dimension humaine. Il ne saurait être question de passer d'une réponse adaptée à des situations individuelles d'échec de l'insertion à une production standardisée de projets stéréotypés ou de faire des maisons relais à la place d'autres « produits » de logement ou d'hébergement. La maison relais doit rester un logement certes spécifique mais non un hébergement. Maintenir cet ancrage semble primordial. Cela implique également d'améliorer la connaissance des décideurs locaux et des bailleurs sociaux via une action de communication. En effet, malgré l'intérêt qu'elles suscitent, les maisons relais sont peu connues. Leur originalité génère des difficultés dans le montage des opérations qui expliquent en partie le retard pris dans la réalisation du programme. Autant de raisons qui peuvent expliquer que, bien souvent, elles ne font pas l'objet d'une programmation locale à la différence des logements sociaux « ordinaires » mieux connus. Or, la prise en compte des besoins de logement des publics qu'elles accueillent, *a fortiori* des personnes souffrant de troubles psychiques, demanderait pourtant que cette problématique soit inscrite dans les PLH et les PDLPD à partir d'une meilleure connaissance des besoins.

Enfin, ces projets mériteraient d'être nourris de l'expérience de chacun : celle des associations expérimentées dans la gestion des maisons relais et dans l'accueil de leurs publics, celle des bailleurs pour la partie immobilière de l'ingénierie des projets et leur capacité financière à les porter, celle des secteurs de psychiatrie et enfin celle des élus. Ces expériences gagneraient à être diffusées au fil de leur déploiement et les gestionnaires comme leurs partenaires soutenus dans la définition et la mise en œuvre de leur projet. La création de lieux d'échanges d'expériences et de professionnalisation permettant la capitalisation et le transfert des savoir-faire et bonnes pratiques mis en œuvre à destination de ces publics paraît opportun pour pallier le déficit d'outillage qui compromet leur développement comme pour consolider les fonctions et les compétences mobilisées par les personnels y intervenant, ces structures ayant recours à de nouveaux métiers et de nouvelles pratiques.

**Anne Veber**

Permanente à la MNASM

---

1. Dans son rapport « Handicap d'origine psychique et évaluation des situations » de décembre 2007, le CEDIAS souligne que seuls 4 de ces critères sur 19 (s'orienter dans l'espace, s'orienter dans le temps, gérer sa sécurité et maîtriser son comportement dans les relations avec autrui) sont pertinents. En revanche, l'incapacité globale à agir du fait d'un trouble psychique, entendue par le CEDIAS comme une « fragilité ou vulnérabilité sous-jacente diminuant les capacités de défense et d'adaptation de la personne aux exigences sociales » n'est pas reconnue.

2. Les plans de cohésion sociale et d'action renforcée pour les personnes sans abri (PARSA) fixent un objectif conséquent de création de 9 000 places de maisons relais avant la fin de la période 2008-2012, objectifs que la mission Pinte préconise de respecter dans son récent rapport.

## Les résultats de l'enquête menée par « Ville et habitat » pour la DGAS auprès des structures gestionnaires de maisons-relais<sup>1</sup>.

Cet état des lieux a été établi, à partir d'un recensement des DDASS et DRASS, auprès des maisons relais ouvertes au 31 décembre 2006, soit 160 structures totalisant 2 749 places. Ne sont donc prises en compte, ni les maisons ouvertes ultérieurement, ni *a fortiori* les résidences accueil, dispositif qui fera l'objet d'une évaluation à part entière en 2009. 74 % des structures interrogées représentant 2 085 places (84 % des places recensées) ont répondu.

### Couverture du territoire

70 départements de la France métropolitaine disposent d'au moins une maison relais. 39 % n'en comptent qu'une, 32 % deux. Paris avec 12 maisons relais et le Rhône avec 7 représentaient 12 % du parc au 31 décembre 2006. Le déploiement de ce dispositif répond à une double logique : le renforcement sur des territoires déjà couverts mais aux besoins importants et la création d'une première structure dans les départements non pourvus.

### Principales caractéristiques de l'offre

- Un grand nombre de gestionnaires différents : la quasi-totalité ne gère qu'une maison relais ;
- Une grande diversité de structures : la plupart sont des associations dont le métier est l'hébergement et l'insertion mais aussi des UDAF, des CCAS, Adoma, l'Aftam, et des associations en lien étroit avec le secteur psychiatrique ;
- Plusieurs sont gérées par des associations faisant partie d'une même fédération ou d'un même réseau : Fondation abbé Pierre, Habitat et humanisme...
- Les bailleurs immobiliers : dans 18 % des cas, le gestionnaire est propriétaire de la maison relais ; dans 82 % des cas, propriété et gestion sont dissociées (63 % des bailleurs sont des organismes HLM).
- Près de la moitié a plus de 50 salariés et 35 % entre 10 et 50.
- 82 % des gestionnaires déclarent avoir pris eux-mêmes l'initiative de la création, 18 % suite à une initiative partenariale, souvent sous l'impulsion des DDASS parfois avec l'implication forte d'une collectivité locale.
- 89 % des maisons relais sont en agglomération et 11 % en secteur rural.
- Près de la moitié (44 %) des maisons relais ont entre 15 et 24 places.
- 82 % des maisons relais sont sur un site unique sans logement diffus. On note une très grande majorité de T1, 64 % des logements sont équipés de kitchenette.

### Les publics logés

- La majorité des résidents a entre 30 et 50 ans, 10 % moins de 30 ans et 4 % plus de 65 ans. Il y a un peu plus d'hommes que de femmes. 95 % de célibataires, séparés ou veufs. 19 % des maisons relais accueillent des enfants (101). On note l'accueil à la marge d'une ou de deux familles par site.
- 36 % des résidents sont sous tutelle ou sous curatelle.
- La majorité des résidents est sans activité professionnelle. 64 % ont un revenu compris entre 401 et 800 €, 26 % entre 201 et 400 € et 7 % supérieurs à 800 €.
- Situation antérieure de logement : 16 % des résidents vivaient dans la rue ou dans un habitat de fortune, 35 % viennent d'un CHRS. Globalement, la plupart a alterné différents types d'hébergement (hôtel, hôpital psychiatrique, CHRS...).
- 21 % sont résidents depuis plus de trois ans.
- 286 personnes ont quitté le dispositif : 39 % ont accédé à un logement autonome, 12 % sont retournés en CHRS, 13 % à l'hôpital, 10 % à la rue.

### Les partenariats mobilisés

- 88 % des structures ont créé une commission d'attribution. Dans 78 % des cas, elle associe des partenaires extérieurs.
- De nombreux partenariats avec des travailleurs sociaux d'associations, du service social départemental, etc. (97%), les établissements médico-sociaux et de santé (85 %), mais aussi des associations caritatives (66 %), des bailleurs sociaux (41 %). Au niveau du suivi, la personne ayant orienté reste généralement le référent. Plusieurs maisons relais mobilisent des bénévoles, en général pour l'animation d'ateliers collectifs.
- Suivi médical : 71 % des résidents ont un suivi médical, 36 % des résidents ont un suivi psychiatrique (personnes ayant développé des pathologies du fait de leurs parcours d'errance, personnes souffrant de maladies psychiatriques les ayant amenées à connaître l'exclusion sociale).

1. Source : *Évaluation nationale du dispositif « maisons-relais »*, rapport final, décembre 2007, Ville et Habitat.

# PLURIELS

La lettre  
de la  
Mission Nationale d'Appui  
à la Santé Mentale

**Directeur de la publication :**  
Serge Kannas

**Rédacteur en chef :**  
Raymond Lepoutre

**A participé à ce numéro :**  
Anne Veber

PLURIELS, 5 avenue d'Italie,  
75013 Paris  
Téléphone 01.53.94.56.90 -  
Télécopie 01.53.94.56.99.  
E-mail : mission@mnamsm.com

## Pluriels sur internet

Vous pouvez trouver  
tous les numéros de Pluriels  
sur le site :

[www.mnamsm.com](http://www.mnamsm.com)