

PROJET RÉSIDENCE ACCUEIL

I. Le contexte – l'origine

1-1 Evolution de la psychiatrie en Mayenne

Quelques mots sur l'histoire de la psychiatrie dans le département de la Mayenne permettent de saisir les réalités d'aujourd'hui et de situer le contexte des problématiques actuelles.

A l'origine, l'ensemble des soins relevant du service public de psychiatrie se situait exclusivement à Mayenne de l'asile de la fin du 19^{ème} siècle au Centre Hospitalier Spécialisé du début des années 1980. Depuis ces années, de profondes restructurations ont eu lieu.

Quelques points de repères :

- *La baisse du nombre de lits d'hospitalisation est significative d'une transformation profonde du dispositif ; en 1990, 500 lits étaient à disposition, à ce jour 235 sont autorisés dont 120 pour le secteur nord,. Le nombre de lits du secteur nord s'explique par l'histoire (implantation de l'ex-CHS et installation sur Mayenne d'un certain nombre de personnes présentant des troubles mentaux et service P2 de 40 lits initialement prévu pour devenir un foyer occupationnel et dont la transformation administrative n'a jamais été effectuée). Enfin, il faut ajouter qu'au plus fort de "l'hospitalocentrisme" quelques 800 lits étaient disponibles à Mayenne.*
- *Un développement de l'activité extrahospitalière, la création de structures alternatives et des restructurations visent à faciliter l'accès aux soins et à mieux répondre aux besoins de la population :*
 - en 1992 et 1993, différents Centre Médico Psychologique (C.M.P.) ont été créés sur le territoire mayennais ;
 - en 1992, sont ouverts une unité de long séjour (résidence La Vallée sur Mayenne), un Centre d'Aide par le Travail, (aujourd'hui E.S.A.T. à Mayenne intégré à l'E.P.S.M.S.)
 - en 1994, 1995, la création du secteur sud ;
 - en 1999, la création du Syndicat InterHospitalier (S.I.H.) en santé mentale permettant notamment de coordonner les activités en lien avec les addictions et les thérapies du couple et de la famille ; à Mayenne, se trouvent un service de thérapie familiale et un centre d'accueil et de consultation en addictologie,

- en 2000, l'ouverture d'une Maison d'Accueil spécialisée (M.A.S.) à Mayenne, intégré à l'E.P.S.M.S. et l'ouverture du Service de Psychiatrie Adulte Lavallois (S.P.A.L.) à Laval ;
- en 2001, le rattachement des différents secteurs aux centres hospitaliers : le secteur Nord au Centre Hospitalier du Nord Mayenne, les secteurs Laval Est et Laval Ouest au Centre Hospitalier de Laval et le secteur Sud au Centre Hospitalier du Haut Anjou,
- une augmentation constante de la file active ; à titre d'exemple, la file active du secteur Nord est passée de 2148 en 2003 à 2707 en 2009

1-2 CMP et le travail en réseau dans le contexte résidentiel

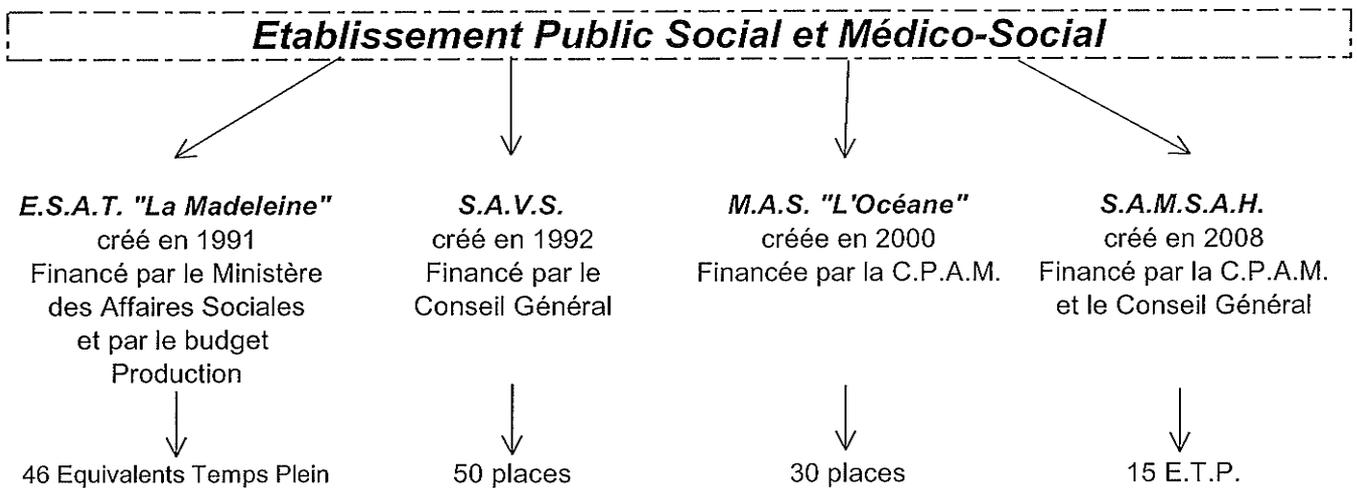
Il s'est développé à partir de 3 axes :

- Le logement :
Avant même la création des équipes extra hospitalières et des C.M.P., les assistantes sociales des services de psychiatrie participaient aux commissions pour l'attribution de logement H.L.M. Ces tous premiers échanges ont permis d'aplanir les peurs, fantasmes au regard de candidats au logement issus du C.H.S. L'association de la GUIMONDIERE, émanation de volontés soignantes du CHS, a loué des appartements HLM pour que s'y inscrive une modalité de soins type *appartements thérapeutiques*. Elle fut dissoute en 2001.
- Le maintien à domicile :
Les années 90 ont vu s'instaurer les créations de Centres Médico Psychologiques et les actions de coordination, notamment en faveur du maintien à domicile des personnes âgées et des personnes souffrant de troubles psychiatriques.
Le partenariat avec le C.C.A.S. et plus spécifiquement du service d'aide à domicile, se construit alors.
Il se traduit par des actions de formations sur la sensibilisation aux pathologies psychiatriques proposées par les 2 C.M.P. mayennais et des rencontres autour de suivis individuels (1995-2000)
Plus tard l'engagement de la santé mentale au sein du C.L.I.C. conforte ces liens.
Un conventionnement entre le pôle de Santé Mentale. et le C.C.A.S. est en cours.
- La santé communautaire :
Née en 1995, elle se développe dans un premier temps dans un contexte d'un quartier en souffrance : Brossolette
Elle associe dans un premier temps à la demande de l'animateur, la maison de quartier et le C.M.P.
En 96, CUBE (choisir de s'unir pour Brossolette Ensemble) s'appuie sur les volontés d'un groupe de travail composé des animateurs de la maison du quartier, l'assistante sociale du conseil général, le médecin P.M.I., les référents H.L.M., l'U.D.A.F. et le C.C.A.S.

Un des supports de cette demande reste le temps fort de la "pause café" où depuis l'accueil des habitants peuvent se travailler l'expression, le repérage, l'orientation vers le soin, le soutien et l'intégration... d'une population fragilisée.

Ce projet poursuit son chemin, doit faire l'objet d'un renouvellement de convention en 2011. Une demande analogue se construit sur les quartiers, Buron, Bretagne et Pommier.

1-3 Création de l'EPSMS et ses services



En 1991 : 25 Travailleurs Handicapés et 7 Agents

Aujourd'hui : 141 personnes accueillies et 76 Agents

Un Directeur Général : Monsieur Daniel VANNIER depuis 1991

Une Directrice Adjointe : Madame Monique BEDHOUCHE depuis 2009

E.S.A.T. : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

S.A.V.S. : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

M.A.S. : Maison d'Accueil Spécialisée

S.A.M.S.A.H. : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

La richesse du tissu partenarial local et l'implication des différentes institutions dans la prise en charge de public fragilisé avec des troubles psychiques ont permis de mettre en avant l'absence de dispositif favorisant l'autonomie et l'insertion de ce public dans le cadre d'un logement autonome.

La dynamique partenariale a été relancée dans la perspective d'un projet résidence accueil, porté par l'EPSMS, et s'appuyant sur plusieurs rencontres partenariales départementales depuis avril 2010.

La réflexion s'est poursuivie localement avec des rencontres hebdomadaires depuis décembre 2010.

Les partenaires locaux sont :

- CHNM – Pôle Santé Mentale,
- Mairie de mayenne – CCAS,
- EPSMS (SAMSAH),
- L'UNAFAM,
- DS 53,
- DDCSPP,
- Copainville.

II. Ce qui motive un projet de résidence accueil sur Mayenne

2-1 Définition de la Résidence d'Accueil

La Résidence Accueil, comme la maison relais, est une modalité de résidence sociale, clairement inscrite dans le champ du logement social et relevant du code de la construction et de l'habitation. Elle s'inscrit dans une logique d'habitat durable, sans limitation de durée et offre un cadre de vie semi-collectif valorisant la convivialité et l'intégration dans l'environnement social.

Sa spécificité est d'offrir aux résidents la garantie, en tant que de besoin, d'un accompagnement sanitaire et social, organisée dans le cadre de partenariats formalisés par des conventions, d'une part, avec le secteur psychiatrique, et d'autre part, avec un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

2-2 Caractéristiques du public accueilli

La résidence accueil est destinée à l'accueil de personnes :

- 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,
- Suffisamment autonomes pour accéder à un logement privatif, dès lors qu'un accompagnement et des soins sont garantis en tant que de besoin,
- Dans une situation d'isolement ou d'exclusion sociale,
- A faible niveau de revenus, sans critère d'âge.

Elle est ouverte à des personnes présentant des profils et des parcours variés, qui peuvent avoir connu des périodes d'hospitalisations prolongées, des épisodes d'errance, ou être restées à charge de leur famille. Cette diversité est source de dynamisme pour le projet social recherché.

Le terme de handicap psychique recouvre les diverses situations de handicap que peuvent générer des troubles psychiques durables. Il vise le type de difficultés que rencontrent les personnes dans leur vie quotidienne et leur participation sociale, mais n'implique pas que les personnes soient reconnues handicapées par les instances ad hoc.

Un premier travail entre partenaires a permis d'identifier 36 personnes pouvant potentiellement bénéficier de la résidence accueil.

4 indicateurs ont été retenus par les partenaires pour recenser ces personnes :

- Vulnérabilité, fragilité psychique, comportement addictif...
- Protection dans le logement, recherche de sécurité au regard de l'intrusion,
- Difficultés dans la gestion du quotidien : entretien, alimentation, voisinage, gestes de la vie courante,
- Isolement.

III. Caractéristiques de la résidence accueil

3-1 Les valeurs du projet

Les valeurs ce sont les normes acceptées, selon des critères personnels ou sociaux servant de référence ou de principe moral. Ces valeurs réunissent les partenaires de la résidence accueil dans leurs engagements.

Ces valeurs, avaient été énoncées comme des *préalables* par Madame Bedhouche lors du 14 Janvier 2011.

Ce sont les suivantes :

- Se mettre à l'abri : premier niveau de la pyramide de Maslow,
- Habiter c'est prendre possession d'un lieu, s'installer,
- On ne peut Habiter là ou il n'est pas prévu d'habiter,
- La maladie mentale est par nature « complexe, polymorphe, et variable dans le temps,
- Un chez soi peut être invivable.

Pour travailler sur ces concepts, nous nous sommes appuyés sur un bulletin édité par l'hôpital Vinatier : "bulletin national Santé Mentale et précarité" :

Se mettre à l'abri

L'habitat est ici vu au travers de sa signification première : celle de l'abri. C'est un abri face à la nature donc une protection contre ses forces sauvages (le froid, le chaud, le vent...). Le trait originel de l'habitation est la protection, la préservation. Ceci se traduit par la possibilité de dormir, de manger et de se protéger contre les intempéries et les dangers divers...

L'abri est une des significations de l'habitat, mais habiter ce n'est pas uniquement s'abriter.

Habiter c'est prendre possession d'un lieu, s'installer.

En effet, l'homme n'est pas soumis qu'à des besoins primaires. L'homme ne fait pas que se loger, habiter est un des traits fondamentaux de l'être humain. Il n'y a que l'homme qui habite, qui ne fait pas que s'abriter. Etre humain, c'est être sur terre en tant que mortel, c'est donc habiter son corps et habiter l'espace. Nous pouvons alors parler du processus d'investissement de l'habitat, c'est à dire qu'un endroit banal va devenir un lieu de vie personnalisé, un "chez-soi".

L'être humain est amené à habiter des espaces souvent dessinés et construits par d'autres. Ainsi, l'habitant et l'habitat doivent s'adapter l'un à l'autre.

On ne peut Habiter là ou il n'est pas prévu d'habiter

La notion d'habiter, "d'avoir un chez-soi" traduirait donc la manière d'investir un cadre. Ces notions pourraient alors se définir de la façon suivante : **découper dans le monde commun un espace clos, séparé, et l'investir de façon personnalisée.** Mais qu'en est-il de la demande d'habiter ?

Nous parlerons ici de l'intentionnalité² d'habiter. L'intentionnalité est la caractéristique qu'a l'esprit de tendre vers des objets. « Dans l'habiter, [...] l'homme trouve un lieu hors de soi et avec soi où il se constitue. Par l'**intentionnalité** mise en acte : l'homme habite et est habité par son habiter. Cette dialectique fait que l'habitation de l'homme n'est pas un objet que le sujet viendrait occuper comme un liquide occupe un espace dans un pot.

La maladie mentale est par nature « complexe, polymorphe, et variable dans le temps

Les personnes en grande souffrance psychique sont souvent en difficulté avec ces investissements : tant celui d'habiter que son intentionnalité même. Elles manifestent en effet des troubles de l'élaboration et de la mise en oeuvre de leurs propres intentions. **Le lieu de vie est alors l'expression matérialisée du monde intérieur de celui qui l'habite.** En effet, l'intérieur, celui que nous habitons, reflète notre intérieur intime, en ce sens nous pouvons parler d'espace miroir. Les personnes souffrantes psychiquement peuvent être en difficulté dans l'investissement de l'habitat. En effet, le logement, dans le processus d'habiter, peut devenir un prolongement du corps. Les limites du schéma corporel, lorsque l'on est « chez-soi » ne seraient pas alors que les limites du corps, mais se confondraient avec les limites spatiales du logement. **Ainsi l'accès à « l'habiter » n'est pas un accès uniquement matériel. Il est aussi d'un ordre psychique et symbolique** et nécessite donc certes un accompagnement de type administratif et matériel, mais aussi un réel accompagnement social et psychique.

Un chez soi peut être invivable

IL semble là essentiel de reconnaître au sujet souffrant, suite à ce qui a été posé précédemment, les limites à l'"habiter" lorsque la souffrance psychique n'a plus de limites, ni celle de l'enveloppe corporelle, ni celle de l'espace et du volume architectural.

La résidence accueil n'aura pas été alors un échec, et de nouvelles propositions devront être faites à la personne.

Autres références

Si la résidence accueil n'entre pas dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002, il nous paraît important de penser à élaborer **un contrat de séjour** avec la personne, mais aussi d'envisager un mode d'expression type.

L'accompagnement des hôtes et des partenaires avec une analyse de pratiques

3-2 Le projet social

La résidence accueil repose sur le projet social qui s'articule 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 promeut l'autonomie des personnes et leur ouvre des perspectives de participation sociale. Ils conditionnent le fonctionnement de la Résidence Accueil.

Dans le cadre de cette expérimentation, le projet s'appuie sur un partenariat formalisé par des conventions.

L'engagement préalable des partenaires que sont le CHNM, le C.C.A.S., l'EPSMS doit garantir la réponse immédiate des dispositifs qui peuvent traiter l'urgence sociale et l'urgence médicale.

L'existence préalable ou la création en cours d'un SAVS ou d'un SAMSAH est indispensable, ainsi que le volontariat d'une équipe de secteur psychiatrique. Il importe que le projet de résidence accueil soit conçu d'emblée avec ces partenaires.

Le gestionnaire ou les hôtes apportent un soutien dans les démarches entreprises par chaque résident pour l'accès à l'ensemble de ses droits sociaux, le cas échéant un lien avec sa famille. Les personnes dont le handicap nécessiterait d'être reconnu et évalué sont avec leur accord guidées vers la maison départementale des personnes handicapées dans le but d'identifier leurs besoins, de faire reconnaître leurs droits et le cas échéant d'établir un plan personnalisé de compensation.

Une attention particulière est apportée au fait que chaque résident puisse avoir une activité à l'extérieur avec, si besoin, le soutien conjugué des hôtes et des équipes de soin ou d'accompagnement. A cet égard, il faut souligner l'intérêt que peut présenter pour les résidents l'existence, à proximité, d'un groupe d'entraide mutuelle (cf. la circulaire DGAS/3B/2005/418 du 29 août 2005).

3-3 Modalités et formes d'habitats

Cet habitat peut prendre des formes diverses selon le "parcours résidentiel".

L'idée est de développer un dispositif qui soit à la fois repérant pour les bénéficiaires et les partenaires, mais également souple en fonction de l'évolution et des besoins de chaque résident.

Les structures envisagées doivent par leurs implantations, leurs conceptions et leurs dimensions, permettre d'apporter des réponses favorisant l'insertion dans la cité. Il s'agit de créer des formules d'habitat avec services qui soient le support à un projet d'accompagnement des personnes accueillies favorisant à la fois la vie autonome et le lien social nécessaire à la vie en collectivité.

Les formules d'habitat envisagées sont :

- **Un lieu "passerelle"**, résidence à durée déterminée permettant :
 - une expérimentation d'un habitat autonome adossé à un cadre institutionnel favorisant la réponse aux besoins éventuels,
 - une possibilité de répit pour la personne par rapport à son lieu de vie habituel
- **Des appartements situés dans la ville :**
(le groupe réfléchit à l'idée de développer ce projet à l'ensemble du territoire du Nord Mayenne)
 - bien insérés dans l'environnement local de manière à faciliter l'accès à tous les services, notamment les transports collectifs.

Les critères de choix des logements sont les suivants :

- Immeuble dont l'entrée est sécurisée (interphone, œil de bœuf,...),
- Logement clair, volets,
- Proximité de commerces, services, équipements sportifs et culturels,
- Proximité des animations socioculturelles,
- Facilités logistiques : chauffage, poubelle...
- Logement à coût réduit,
- Appartements meublés pour certains, par exemple pour des publics jeunes en rupture familiale.
- **Des appartements déjà occupés par des personnes** et pouvant bénéficier des prestations de la résidence accueil afin de consolider l'investissement du logement et l'insertion sociale.
- **Un lieu de vie commun où se trouve les hôtes**, un lieu bien identifié par chaque membre de la résidence accueil :
 - Il permet accueils individuels et rencontres collectives.
 - Il doit disposer d'un espace convivial, d'un espace extérieur, de pièces équipées afin d'acquérir, maintenir et développer les habiletés sociales.
 - Ce lieu doit également permettre d'accueillir les partenaires ou interlocuteurs des résidents.
 - Un appartement en rez de chaussée ou une maison individuelle de type F4 pourrait convenir à ce lieu de vie commun.

3-4 Les hôtes, le couple d'hôtes

Par leur présence quotidienne, les hôtes (un binôme de professionnels réunissant des compétences médico-sociales) assurent l'animation et la régulation de la vie de la résidence et ont notamment pour missions de :

- Définir conjointement avec les résidents, les modalités de la vie collective et de respect du règlement intérieur,
- Organiser avec les résidents des activités communes,
- Organiser les liens avec le voisinage et l'environnement local de la résidence : équipements publics, services culturels, structures d'animation et de loisirs,
- Etre l'interlocuteur des services sociaux et des services de santé de proximité, et particulièrement ceux qui sont liés par convention à la Résidence Accueil,
- Exercer un rôle de vigilance et d'alerte sur les problèmes rencontrés par ou avec les résidents.

Les troubles psychiques peuvent induire des comportements spécifiques susceptibles de perturber la vie individuelle et collective. Les hôtes doivent se montrer très attentifs pour réguler la vie du groupe et instaurer ainsi le climat de sécurité et sérénité nécessaires au sein de la maison.

Cette attention particulière, induite par la problématique des personnes accueillies, requiert de la part des hôtes des qualités personnelles qui leur permettent 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 ou du handicap psychique est utile. Les hôtes reçoivent nécessairement, dès leur prise de fonctions, une formation adaptée, poursuivie dans le cadre de leur activité, ainsi qu'un soutien régulier auprès des partenaires extérieurs.

3-5 L'accompagnement social et sanitaire

L'accompagnement social et sanitaire s'appuie sur des structures partenaires extérieures pour favoriser un accompagnement adapté à chacun :

- Chaque résident accède, selon ses besoins et ses choix, aux soins et aux aides dispensés dans les dispositifs de droit commun (services de santé et praticiens libéraux, CCAS, MDPH, ...)
- Au-delà, des conventions établies entre la résidence d'accueil et au moins un service de secteur psychiatrique et un SAVS ou SAMSAH ont pour but, d'une part, de faciliter l'accès de tout résident aux soins et à l'accompagnement social selon ses besoins, et d'autre part, d'apporter autant que de besoin conseil et soutien à l'organisme gestionnaire et aux hôtes.

Le contrat de séjour doit permettre de définir les modalités d'accompagnement social, médico-social et sanitaire.

Ce contrat, bien que non obligatoire sur le plan réglementaire, nous paraît un outil utile de clarification et d'individualisation du projet, tant pour le bénéficiaire que pour les professionnels engagés.