

LIEU DE REPIT

Le communautaire en alternative à l'hospitalisation

Par

Ismaël Bechla

Léo Zerbib

Association JUST

28, Boulevard National

13001 Marseille

<https://just.earth/>

contact.just13@gmail.com

JUST
JUSTICE ET UNION
POUR LA
TRANSFORMATION
SOCIALE

REMERCIEMENTS

Deux seuls noms figurent sur la page précédente, mais ce rapport est le fruit d'un travail éminemment collectif. Nous remercions particulièrement Pauline Rhenter, Alexandra Mathieu et Saphir Desvignes ; pour leur engagement dans le processus de recherche, une partie de ces lignes est le fruit de leur travail. Nous remercions également les stagiaires successifs de l'équipe qui tour à tour ont alimenté la réflexion et apporté leur regard critique et constructif, notamment Juliette Robert, que nous avons la joie d'avoir encore à nos côtés aujourd'hui.

Baptiste Godrie, Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS), et Université de Sherbrooke, nous a régulièrement fait bénéficier de son savoir, de son humilité, et de sa positivité. Chacune de nos rencontres a été l'occasion d'échanges de grande qualité. Merci.

Enfin, des dizaines de personnes ont participé un peu, beaucoup, passionnément, à la grande aventure qu'a été la recherche-action au lieu de répit. Qu'elles soient bénévoles ou professionnelles, partenaires, usagères, aidantes, elles ont apporté intelligence, colère, logique, expériences, intensité, fraîcheur, bienveillance, envies, cris, douceur, temps, méfiance, vitalité, silences, énergies, réprobations, humour, pertinence, écoute, intimité, conflits, et tant d'autres choses... Elles ne peuvent pas être toutes citées ici, mais nous espérons qu'elles se reconnaîtront et qu'elles apprécieront de nous lire. Sans toutes ces personnes, sans tout ce qui nous rassemble et nous différencie, le cheminement n'aurait pas été le même.

Le lieu de répit est également soutenu par :



DÉPARTEMENT
**BOUCHES-
DU-RHÔNE**



Projet
soutenu par

**Fondation
de
France**

RÉSUMÉ

En France, de nos jours, la situation de l'hôpital psychiatrique est prise dans une logique de restriction budgétaire, et de diminution massive du nombre de lits (Coldefy, 2009). La fonction propre de l'hôpital, l'accueil de la folie, est remise en question. Au-delà des questions quantitatives, ces contraintes budgétaires rendent flagrants les problèmes découlant de l'organisation très hiérarchisée de l'hôpital. Elle induit des rapports de domination, donc de violence, entre soignants et usager.es, qui favorisent l'instauration de zones d'abus et de négation des droits fondamentaux rapportés par plusieurs instances (Contrôleur général de lieux de privation de liberté ; Rapporteuse spéciale des Nations Unies ; Agence de l'union européenne pour les droits fondamentaux). La prise de conscience de ces abus modifie « l'économie morale » de notre société, et le regard que nous portons sur le traitement des troubles psychiques (Fassin, 2009).

C'est à partir de cet arrière-fond critique des pratiques en institution, que l'association JUST prend forme et revendique la création d'alternatives viables à la psychiatrie institutionnelle ; pouvant s'intégrer durablement dans l'offre de soin. Le projet du « Lieu de répit » à Marseille, s'inscrit dans cette perspective : proposer des places d'hébergement de courte durée (un à trois mois), permettant une socialisation des personnes en situation de crise psychique ; déployer un rétablissement centré sur la personne, et plus uniquement sur sa pathologie. Dans ce rapport, nous chercherons à esquisser une hétérotopie (Foucault) en devenir, une réappropriation de l'essence de la psychiatrie institutionnelle, ou de l'asile, un « vrai » chez soi pour la folie. Nous espérons ainsi que les apprentissages que nous avons tiré de notre expérience pourront servir dans le futur aux acteur.rice.s qui voudront répliquer ce dispositif innovant en santé mentale.

LIEU DE REPIT

Le communautaire en alternative à l'hospitalisation

A Marseille, j'ai rencontré la vie militante. A Marseille, il y a une très forte précarité, donc beaucoup de gens sont traversés par ça, ont envie de faire bouger les choses, d'entrevoir une alternative au système capitaliste, de rencontrer toutes formes de groupes, je me suis dit que c'était très facile de reproduire ces dominations, que ça part de soi, que soi-même on est acteur de ça. C'est pour ça que j'aime bien ce lieu-là, le Lieu de répit. Pendant longtemps, on disait que ma mère était folle, et je me disais qu'elle avait juste le droit d'exister telle qu'elle était, et que c'est pas évident dans la société d'être accepté tel que l'on est, déjà de savoir ce que la personne elle est, et du coup je me suis dit que c'était ces jugements-là qui rendaient fou les gens, plutôt que la "folie" en elle-même. Quelqu'un qui va te dire, "ah tu es bizarre", ça contribue finalement à stigmatiser la personne, plutôt que de se dire, moi j'en sais rien, pourquoi je remettrais en question ce que la personne elle dit ou voit, c'est ce qu'elle voit, c'est intéressant. E1_SPLDR_2020¹

¹ Les éléments d'anonymisation sont sous la forme suivante : Entretien N (=ordre d'apparition dans le texte), Bénévole (B) ou Salarié (S) / Pair (P) ou Non-Pair (NP) / Lieu de répit (LDR) ou Non-Lieu de Répit (NLDR), Personne Concernée accueillie au LDR (PCLDR), année de l'entretien. Par exemple, E26_SNPLDR_2018 = 26^{ème} personne apparaissant dans le rapport, salariée, non paire, du lieu de répit, interrogée en 2018. Dans certains cas, la profession de la personne est précisée.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	7
1. CONTEXTE SOCIO-HISTORIQUE ANGLO-SAXON	8
2. CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE FRANCAIS.....	9
3. GENÈSE DU LIEU DE REPIT	10
3.1. Une origine ancienne.....	10
3.2. 2007, l'année charnière	11
3.3. Un Chez Soi d'Abord, du squat à la politique publique	12
3.4. MARSS, la continuité du travail d'accompagnement.....	13
3.5. Marseille, le dynamisme local d'une cité portée sur les questions de rétablissement	13
3.6. L'association JUST, un levier d'action concrète	13
3.7. Le Lieu de Répit, espace de vie communautaire au cœur de la cité.....	14
4. RECHERCHE-ACTION PARTICIPATIVE AU LIEU DE REPIT	19
4.1. Origines théoriques de la « RAP »	19
4.2. Principes de la « RAP » au Lieu de répit.....	20
4.3. Articulation de la « RAP » et du modèle interventionnel	23
4.4. Critiques et perspectives	26
5. ELEMENTS METHODOLOGIQUES.....	28
5.1. L'analyse des entretiens.....	28
5.2. Analyse binaire : rendre visible ≠ réduire	30
5.3. Questionner, plutôt que prescrire	31
6. EMERGENCE DU LIEU DE REPIT : UNE ALTERNATIVE À L'HOSPITALISATION ?	31
6.1. Nécessité d'une alternative, pour choisir	32
6.2. Portrait du/ de la travailleur.se statutaire	33

6.3.	Portrait du/ de la travailleur.se pair.e.....	33
7.	PROCESSUS DE STRUCTURATION DU COLLECTIF DU LIEU DE REPIT : REJET ET/ OU ASSIMILATION AU SYSTÈME ?	39
7.1.	2017-2018 : Se définir indépendamment de l'hôpital	42
7.2.	2018-2019 : Définir le droit d'entrée.....	45
7.3.	2018-2019 : Définir une structure flexible	47
7.4.	2019-2020 : Définition de l'accompagnement.....	57
8.	EXPERIENCE DE L'HÔPITAL : "PROBLEME=SOLUTION" ?.....	58
8.1.	Cloisonnement des usager.e.s	59
8.2.	Objectivation du sujet.....	59
8.3.	Essentialisation du trouble.....	60
9.	RETABLISSEMENT AU LIEU DE REPIT : "LA SOLUTION, C'EST LE PROBLEME" ?	61
9.1.	Le communautaire	61
9.2.	Légitimité d'être soi	63
9.3.	Processus de subjectivation	65
9.4.	Pour quel horizon ?	66
	CONCLUSION.....	68
	BIBLIOGRAPHIE.....	72
	TABLE DES MATIERES	79
	ANNEXE 1 : SUIVI DES PRECONISATIONS DE LA RAP – AVRIL 2021	82
	ANNEXE 2 : SCHEMA DU PROTOCOLE D'INCLUSION	93

INTRODUCTION

Ce rapport s'appuie majoritairement sur une enquête qualitative. Il s'inscrit dans un financement de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), qui a permis d'accompagner économiquement une recherche-action participative (RAP), à des fins de structuration du modèle du Lieu de répit² (LDR). L'objectif du dispositif est, en proposant un choix dans un moment où l'hospitalisation semble inévitable, pour la personne elle-même ou pour son entourage, de réduire le recours à des hospitalisations non consenties. Le modèle du LDR pourrait ainsi permettre :

- de diminuer les expériences traumatiques vécues lors des hospitalisations sans consentement ;
- de réduire la chronicisation pour les personnes souvent hospitalisées ;
- d'éviter des ruptures de parcours en intégrant résolument le réseau dans le parcours de rétablissement.

Le but du présent rapport est de donner à voir le processus de construction du modèle LDR à Marseille, et de rendre compte de l'expérience produite collectivement afin de faciliter la réplication du modèle sur d'autres sites. L'enjeu du dispositif LDR est la potentielle transformation sociale qu'il peut susciter pour l'offre de soin psychiatrique globale. Au-delà du dispositif marseillais, c'est la généralisation de cette offre de soin qui pourrait permettre de répondre, au moins en partie, aux problématiques soulevées ci-dessus.

Dans un premier temps, nous situerons le contexte socio-historique et économique, anglo-saxon et français, de production de ce rapport. Puis, nous esquisserons une brève genèse du Lieu de répit, l'intérêt de mobiliser une recherche-action, et la méthodologie d'analyse des entretiens et de rédaction du rapport. Nous ancrerons le corps du texte dans la nécessité de mettre en place des alternatives à l'hospitalisation. Nous donnerons ensuite à voir le processus de structuration du collectif du Lieu de répit : il a bénéficié à la fois d'une forte dynamique communautaire où les personnes concernées sont au centre, de l'apport de professionnel.le.s en tous genres et de chercheur.ses engagé.e.s. Il s'agira d'esquisser une hétérotopie (Foucault) en devenir, une réappropriation de l'essence de la psychiatrie institutionnelle ou de l'asile, un « vrai » chez soi pour la folie. Enfin, nous donnerons la parole aux personnes concernées. Nous chercherons à mettre en avant une opposition dans le retour sur expérience de personnes

² L'intitulé initial du rapport était : « Un Lieu de Répit à Marseille, Accompagnement à la résolution de crise de personnes en situation de handicap psycho-social : alternative aux urgences psychiatriques et aux soins sous contrainte ».

présentant des troubles psychiques, à l'hôpital, et au lieu de répit, afin d'entrevoir autrement le rétablissement des personnes.

1. CONTEXTE SOCIO-HISTORIQUE ANGLO-SAXON

Au-delà de leur inefficacité, les pratiques psychiatriques qui nient les droits humains fondamentaux sont moralement inacceptables. Plusieurs aspects historiques permettent de rendre compte de la prise de conscience des abus engendrés par le système asilaire. 1952 constitue un véritable tournant pour la psychiatrie occidentale, avec la parution d'un rapport qui souligne l'efficacité de la chlorpromazine dans la réduction de l'agitation. Les résultats de cette étude engagent un vaste mouvement de désinstitutionalisation autour de l'administration de neuroleptiques (Brodwin, 2013). Le changement d'orientation des soins psychiatriques se double d'une prise de conscience sociale et politique sur les abus engendrés par le système asilaire. L'OMS publie en 1953 un rapport sur la fonction de privation de liberté que remplissent les hôpitaux psychiatriques, et sur les orientations alternatives possibles en santé mentale. Cette dynamique est appuyée par l'intérêt porté par les sciences sociales, dans la lignée des chercheurs de l'université de Chicago, comme Erving Goffman (1968) qui publie « Asile ». Des associations d'anciens usager.es (ou survivant.es) de la psychiatrie voient le jour, tout d'abord aux Etats-Unis, et intègrent les mouvements sociaux pour les droits civiques (Gélinas, 2006).

Dans les années, 1960-1970, aux Etats-Unis, la remise en cause des différentes formes de pouvoir, dont le paternalisme des médecins, constitue une véritable caisse de résonance pour le militantisme des (ex)patient.es. Ces mobilisations ont des conséquences politiques fortes, avec notamment le vote du « Civil Rights Act » en 1964, qui rend les discriminations basées sur la race, la religion, le sexe, l'origine nationale, etc. illégales³. Le système de soins en santé mentale est modifié par le « Community Mental Health Centers Act » qui oriente les soins psychiatriques communautaires, et pose les bases de « l'Assertive Community Treatment » (Brodwin, 2013). A Londres, Ronald D. Laing et David Cooper fondent en 1965 la «Philadelphia Association's Kingsley Hall». D'autres mouvements et personnalités inspirent de nouveaux principes dans le soin de la psychose, et relèvent le potentiel des crises psychotiques (K.A. Menninger, J.W. Perry), critiquent les diagnostics appliqués en raison de

³ Concernant les discriminations basées sur le handicap, l'Americans with Disabilities Act, qui protège et instaure des obligations d'accessibilité et d'emploi, date de 1990.

conventions sociales (R.D. Laing, T.S. Szasz), ou encore expliquent le développement des désordres psychiques en réponse à une crise existentielle (G.W. Brown, J.L.T. Birley).

Parmi les alternatives marquantes qui émergent de ce vaste mouvement, « Soteria House » (aussi « Emanon », un projet similaire), est créé par L. Mosher en Californie en 1971. Le dispositif, accompagné par une étude qui paraît en 1975 (Mosher, 1975), fonctionne jusqu'en 1983 (Johnson et al., 2007). Le modèle de « Soteria », qui intègre également les critiques antipsychiatriques de Basaglia, a ensuite été repris et décliné. Le dispositif le plus connu étant sans doute celui développé à Berne à partir de 1984, et qui existe encore aujourd'hui (Ciompi & Hoffmann, 2004).

Il n'existe pas de définition univoque de ces lieux d'accueil tant chacune de ces expériences est unique. Deux points principaux ressortent toutefois des revues de la littérature. Premièrement, la taille réduite de la communauté, entre six et dix résidents. Ce nombre permet de maintenir le second point, et peut-être le plus complexe et le plus important, la qualité des interactions interpersonnelles avec une « préservation du pouvoir individuel, des relations sociales, et des responsabilités collectives » (Calton et al., 2008), un « contexte ouvert et non hiérarchique » (Lecomte, 2014.), ou encore « un environnement social et physique favorable, des contacts interpersonnels tolérants et chaleureux » (Lichtenberg, 2011). Un dispositif de type Soteria, est donc animé par un groupe de personnes, ayant ou non fait l'expérience de la psychiatrie, qui considèrent que les épisodes de crises psychiques sont une étape de vie, et non une maladie, une anomalie. Ce groupe propose un lieu d'hébergement, pour un petit nombre d'individus qui rencontrent des souffrances psychiques afin qu'ils puissent, à travers des interrelations sans hiérarchie, saines et respectueuses, se reconstruire individuellement. C'est dans cette perspective que Judi Chamberlin (1978) publie *On Our Own: Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System* : elle appelle à la gestion directe par les ex-usager.es de dispositifs alternatifs.

2. CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE FRANCAIS

En France, la sectorisation pensée par les psychiatres dés-aliénistes espère développer « la psychiatrie dans la cité », au tout début des années 1960. Si aujourd'hui la plupart des pays occidentaux sont engagés dans une démarche de soins dans la communauté⁴, les dispositifs alternatifs à l'hospitalisation restent largement sous-développés (Coldefy, 2012).

⁴ Impulsée en Europe par le plan d'action en santé mentale de l'Organisation mondiale de la santé de 2005.

En France, de nos jours, la situation de l'hôpital psychiatrique est prise dans des restrictions budgétaires, dans une diminution massive du nombre de lits (Id., 2009). L'hôpital subit une logique financière remettant en question sa fonction propre, accueillir la folie :

L'asile n'est plus aujourd'hui un rempart contre les règles et les valeurs d'une société productrice de la maladie mentale ; l'hôpital psychiatrique actuel fait au contraire porter sur les usagers les injonctions contradictoires qui traversent le système de soins. (Mougeot, 2020, p.79)

Au-delà des problèmes (quantitatifs) du nombre de lits disponible, l'organisation très hiérarchisée de l'hôpital est rendue visible par les contraintes budgétaires. Les problèmes d'argent, c'est un mal pour un bien, cela permet de se rendre compte que l'hôpital induit des rapports de domination, donc de violence, entre médecins et usager.es, qui favorisent, dans certains services, l'instauration de zones de négation des droits fondamentaux et d'abus déshumanisants, perpétrés notamment dans les cas de soins sans consentement, et plus particulièrement l'isolement et la contention (Hazan, 2016, 2018, 2019 ; Devandas, 2019 ; Agence de l'union européenne pour les droits fondamentaux, 2012). C'est l'exclusion sociale ou l'isolement qui constitue la réponse hégémonique apportée aux troubles psychiques. Exclusion qui porte « [...] des significations politiques, sociales, religieuses, économiques, morales. » (Foucault, 1972, p.64), qu'il est nécessaire d'analyser et de remettre en question (Fassin, 2009). Comme en témoigne une personne concernée :

J crois qu'en tout j'ai dû être hospitalisé au moins 4-5 fois là-bas. Et pour le moment je souhaite à personne de vivre ce que moi, moi en tout cas personnellement, j'ai vécu. [Silence]. »
E2_PCLDR_2019

Kleinman (2009) considère l'isolement comme « épouvantable, terrible, inhumain » (« *Appalling, dreadful, inhumane* »). Alors que les revues scientifiques sur les soins sans consentement montrent que ces mesures sont peu efficaces sur l'état de santé, voire ont des effets négatifs (Nyttingnes *et al.*, 2016 ; Sibitz *et al.*, 2011 ; Swanson *et al.*, 2003 ; Kisely *et al.*, 2011), ces pratiques perdurent. Il y a une nécessité, de la même façon qu'aux Etats-Unis, à militer pour un système plus humain, qui place les usager.es au centre.

3. GENÈSE DU LIEU DE REPIT

3.1. Une origine ancienne

Entre 2004 et 2006, se constitue à Marseille un collectif bénévole composé de jeunes chercheurs en sciences sociales, de travailleurs sociaux, de soignants et de personnes sans domicile. Ce collectif aux compétences variées prend le nom de « Logement santé ». L'un des

objectifs du collectif est de se réapproprier des bâtiments dans les quartiers pour des mises à l'abri et des hébergements d'urgence. C'est dans ce cadre que l'idée d'ouvrir un squat est retenue et après un an de recherche, un vieil hôtel du 1er arrondissement, ancien hôtel de passe, est repéré. Durant l'hiver 2006-2007, les clés du bâtiment sont achetées pour 400 euros.

Dans le même temps une équipe mobile psychiatrie précarité s'est construite, d'abord bénévolement, au sein de Médecins du Monde (MDM). Cette équipe adopte un modèle basé sur le rétablissement, qui trouve son origine dans les recherches du *Yale program for recovery and community health*. Elle s'inspire d'une équipe de rue américaine incluant des travailleurs pairs, et un partenariat entre MDM et l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM) permet de salarier de cette équipe début 2007. Le squat constitue donc un outil de travail adéquat dès le démarrage de l'équipe mobile psychiatrie précarité.

3.2. 2007, l'année charnière

Ce collectif et ce lieu donnent naissance en 2007 au Marabout, rue Curiol. A partir de ce squat, lieu de vie alternatif et communautaire, les acteur.rice.s travaillent à développer un dispositif expérimental. Ce lieu devient le premier local de l'équipe psychiatrie précarité qui vient de se constituer. Un des premiers travailleurs pairs en santé mentale de France, habite dans le squat pendant 18 mois. L'expérience de ce squat thérapeutique devient le creuset du programme « Un chez soi d'abord », mais aussi du projet « Lieu de Répit ».

Dans le vieil hôtel délabré et insalubre, une chambrette au fond de la cour intérieure acquière le statut de chambre d'urgence. Y sont accueillies des personnes en très mauvaise santé, vivant à la rue, souffrant de troubles psychiques sévères et qui ne souhaitent pas aller à l'hôpital. Avec des histoires de vie souvent dures et violentes, et un présent qui s'inscrit dans la survie et le chaos, le squat propose un espace de vie *safe*. De nombreuses crises psychiques vont être accompagnées, soit via l'apaisement dans le lieu ou dans la rue, mais aussi vers des hospitalisations, parfois « sous contrainte » – au sens psychiatrique du terme. Une expérience en particulier est importante à restituer pour la compréhension du projet « Lieu de Répit ». Une personne avec un logement, en pleine crise, va venir passer plusieurs heures et dormir sur le lieu, car dit-elle alors :

Je suis bien ici, avec mes pairs... l'hôpital ce n'est pas ce dont j'ai besoin...je préfère dormir sur le canapé ici, dans ce squat... PC⁵.

⁵ Ces propos ont été rapportés par des acteurs du projet Marabout et n'ont pas été recueillis dans le cadre des entretiens de la présente recherche.

Ce cours séjour lui permettra de s'accorder un peu de répit, loin du regard de l'institution psychiatrique.

3.3. Un Chez Soi d'Abord, du squat à la politique publique

Fin 2008, Roselyne Bachelot, alors ministre de la santé, visite le Marabout et échange avec les habitant.es. La ministre souhaite aider la jeune équipe et propose, le lendemain de sa visite un appui financier. Quelques mois plus tard un financement pérenne du projet à hauteur de 900 000 € est accordé par l'état. Grâce à cette somme, le projet s'agrandit et se pérennise. Le lieu, légalisé par un bail précaire, sera ensuite institué en étant porté par l'association Habitat Alternatif Solidaire (HAS). La ministre sollicite alors les porteurs du projet, pour qu'ils réalisent un rapport ministériel sur la santé des personnes sans chez soi (Girard *et al.*, 2010). Ce rapport, fruit d'un travail collectif, va permettre au réseau marseillais de rencontrer de nombreux acteurs sur toute la France et à l'étranger. Le collectif reprend l'idée que ce rapport doit déboucher sur une action concrète. La proposition est de réaliser un essai randomisé national, dans la lignée d'un projet de recherche de vaste envergure qui vient de débiter au Canada, sur le modèle « un chez soi d'abord ». Le projet de recherche évaluative est monté, et constitue une porte d'entrée pour les paradigmes du rétablissement et du logement d'abord.

Avec un budget global de plus de 30 millions d'euros sur 5 ans, ce projet va produire des résultats très significatifs, tant sur la faisabilité de ce type de programme que sur l'efficacité (plus de 90 % des personnes sont encore dans leur logement après 2 ans) que l'efficience (économie faite par rapport aux offres habituelles de l'ordre de 10 à 40 % selon la population cible). En 2016 le programme est inscrit dans la loi (Décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord »). En 2017, le tout nouveau gouvernement, s'appuyant sur ces résultats, décide de changer de politique publique de lutte contre le sans-abrisme, et de passer d'une politique d'hébergement de type centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) à une politique de logement d'abord⁶. Les membres de l'équipe psychiatrie précarité sont alors reconnus comme des porteurs de projet en capacité de développer des innovations probantes dans le champ de la psychiatrie et de la précarité.

⁶ CIRCULAIRE N°CABINET/2012/04 du 13 janvier 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle du logement d'abord.

3.4. MARSS, la continuité du travail d'accompagnement

Dans sa perspective de « pour et par » les personnes souffrant de troubles psychiques et vivant à la rue, l'équipe psychiatrie précarité qui va devenir MARSS (Mouvement et Action pour le Rétablissement Sanitaire et Social) utilise, quand elle ne peut faire autrement, des hôtels meublés afin de pouvoir accompagner plus efficacement les personnes en crise. Les choix offerts par le système de soins habituel sont en effet souvent inopérants pour les personnes sans domicile, ce qui pousse à cette réappropriation de ce type d'hébergement. Afin de répondre à cette problématique, un projet spécifique est mené conjointement avec l'association Habitat Alternatif Social (HAS), qui met gracieusement à disposition de l'équipe MARSS quatre appartements pour héberger les personnes en crise. Cette expérimentation participe à convaincre les décideurs politiques de faisabilité de l'approche « Un chez soi d'abord ». L'équipe MARSS est reconnue comme l'une des équipes pionnières sur l'embauche des travailleur.ses pairs (Sarradon-Eck *et al.*, 2012).

3.5. Marseille, le dynamisme local d'une cité portée sur les questions de rétablissement

Les réflexions menées autour de ces projets, l'intégration de différents types de savoirs (expérientiels, académiques, interventionnels), la résonance avec les questions de santé publique qui émergent ces dernières années, font de Marseille une ville française à fort potentiel sur les questions de santé mentale, même si une meilleure valorisation politique des nombreux projets innovants développés pourrait accroître encore leur efficacité. En 2015, un autre collectif se constitue, se réunit et débat sur les enjeux liés à la folie dans la cité autour des événements de la « Fada Pride » et de la « Folle histoire de fous ». Parallèlement, se constitue dans l'équipe MARSS un collectif de bénévoles autour d'un lieu d'accueil en alternative aux urgences psychiatriques. C'est ce terreau local fertile, constitué de personnes qui travaillent ensemble depuis de nombreuses années, qui ont collaboré sur de nombreux projets, enrichis par des citoyen.nes sensibles à la souffrance psychique et à l'exclusion sociale, que peut naître le collectif du lieu de répit (LDR).

3.6. L'association JUST, un levier d'action concrète

L'idée principale de ces acteur.trices est de développer des projets innovants permettant de favoriser l'accès aux soins des personnes sans chez-soi autrement que par le prisme dominant de la contrainte. Le groupe se donne aussi comme mission de suivre l'évolution du projet LDR et de travailler à sa concrétisation. C'est dans cette optique que la constitution d'une

association est enclenchée afin de donner de la souplesse dans l'organisation des activités. En effet, l'équipe MARSS est rattachée à l'AP-HM, qui par sa taille et sa structuration, ne facilite pas la prise d'initiatives et l'engagement bénévole. JUST est créé en avril 2015, domiciliée dans un premier temps dans les locaux de l'équipe MARSS. JUST développe des expérimentations et des actions qui permettent une transformation sociale vers plus de justice sociale. L'association entend « reconnaître les savoirs et compétences des personnes subalternes/dominé(e)s », et cherche à réduire les inégalités et favoriser le pouvoir d'agir des personnes concernées.

Pour ce qui est de la santé mentale, l'association revendique la création d'alternatives viables à la psychiatrie institutionnelle ; pouvant s'intégrer durablement dans l'offre de soin. Le projet du « Lieu de répit » à Marseille, s'inscrit dans cette perspective : proposer des places d'hébergement de courte durée (un à trois mois) pour socialiser des personnes en situation de crise psychique ; mettre en place un collectif libertaire qui respecte les individualités, qui permet de déployer un rétablissement centré sur la personne, et plus uniquement sur sa pathologie.

3.7. Le Lieu de Répit, espace de vie communautaire au cœur de la cité

3.7.1. Petite histoire spatiale

Le bâtiment qui abrite le LDR, situé au 85 rue Jean de Bernardy à Marseille, a été identifié par l'équipe MARSS dès 2010, et des négociations ont eu lieu avec l'AP-HM qui en confie la gérance à SOLIHA. D'importants travaux de rénovation sont réalisés avant que l'immeuble soit loué à JUST. Le collectif initial prend possession du bâtiment fin décembre 2016. En fonction des dynamiques collectives, l'entretien (et la dégradation) des locaux est aléatoire. Des tags datant de l'emménagement qui témoignent de l'élan initial, côtoient la cage d'escalier repeinte récemment par un bénévole et les décorations des habitants « historiques » se superposent aux nouveaux aménagements pensés par les équipes d'intervention successives. Les espaces s'adaptent constamment, selon les besoins, la place prise par chacun.e et les énergies disponibles. L'entretien des locaux, pas seulement le ménage mais aussi les réparations courantes, l'ameublement ou les difficultés plus structurelles (plomberie, évacuation, etc.), sont des questions omniprésentes au sein du collectif, dont l'énergie et les compétences en termes de bricolage sont régulièrement sollicitées.

Que ce soit lors de la grande dynamique communautaire de 2017, au moment de l'embauche de la première équipe d'intervention en 2018 ou encore lors de la restructuration de 2019, les

murs ont absorbé les événements. Ils ont été soumis à rude épreuve par les conflits parfois violents qui s'y sont déroulés ou par l'usure consécutive aux périodes de désengagement. Mais les locaux ont également bénéficié de l'inventivité du collectif et des multiples projets qui se sont faits et défaits au cours du temps. Au gré des envies, des compétences et des bonnes volontés, la débrouillardise de personnes souvent démunies financièrement mais riches de savoir-faire modifiant l'espace. Ce rapport entretenu avec les habitants successifs fait du bâtiment bien plus qu'un simple lieu d'hébergement ou d'activités. L'aménagement témoigne du cadre matériel de production de l'âme du collectif.

3.7.2. Visite guidée

Il y a deux entrées distinctes pour le bâtiment : l'une est une porte d'entrée classique donnant dans la cage d'escalier, et l'autre une baie vitrée. Celle-ci donne accès à la pièce principale du bâtiment qui accueille les rencontres collectives, des formations et les événements de grande ampleur, dont la venue de Catalina Devandas, rapporteuse spéciale des Nations Unies, durant l'été 2018 qui a réunie près de 70 personnes. Au bout de la pièce se trouvent une petite cour extérieure et une salle dont l'usage varie au fil du temps (stockage, salle « bénévoles », salle informatique, etc.).

L'espace « hébergement » est séparé de l'espace « animation » par une porte entre la pièce principale et la cage d'escaliers. Au premier étage, deux chambres, une douche adaptée pour les personnes à mobilité réduite (PMR) et les toilettes communes sont sur la droite. Sur la gauche, une salle à manger relativement spacieuse ainsi qu'une petite cuisine. Une passerelle conduit à un petit studio de l'autre côté de la cour. La configuration du 2ème étage est quasiment identique au bureau de l'équipe d'intervention sur la droite. L'espace collectif est celui dans lequel se déroulent actuellement les repas ainsi qu'une partie des activités ludiques. La partie cuisine est séparée du reste de l'espace par un comptoir. Une passerelle parallèle à celle du premier étage mène à un studio identique. Au troisième étage, le principe est identique avec trois pièces sur la droite, dont l'une sert de bureau. Il n'y a pas de studio indépendant. Le quatrième étage est le seul étage du bâtiment qui permet d'héberger des personnes dans un espace uniquement privatif. Ces studios comprennent une chambre, une petite salle de bain, les toilettes et un espace cuisine – salle à manger. Ces espaces sont collectivisés, avec dans l'un la buanderie, et dans l'autre la bibliothèque.

Plusieurs postes du bâti sont en mauvais état et malgré les travaux conséquents réalisés en 2016, le bâtiment demande une vigilance importante pour demeurer fonctionnel pour la vie

collective. Un groupe de travail est en charge des travaux d'entretien, et un plan d'action sur la normalisation se construit avec les différentes parties prenantes (représentants du personnel (CSE), bailleur, coordination associative).

3.7.3. Perspectives urbaines

Le LDR a la chance d'être situé au plus près du réseau de transports en commun. L'arrêt de tramway T2 « Longchamp » est à 2 minutes à pied. Les stations de métro les plus proches « Réformés-Canebière » et « 5 Avenues Longchamp », sont à moins de 10 minutes à pied, la gare Saint-Charles à moins de 15 minutes.

La position du bâtiment offre une simplicité d'accès à toutes les commodités : Grande surface, Poste, bureau de tabac, parc Longchamp, médecine générale et spécialisée, pharmacies, laboratoire d'analyse médicale, piscine et autres équipements sportifs, collège d'ostéopathie, etc. Les principaux services partenaires sont tous proches du LDR et/ou simplement accessibles en transports en commun. Les urgences psychiatriques de la Timone sont à 2,5 km, les locaux de l'équipe ULICE à peine plus loin, l'hôpital Sainte-Marguerite à 6 km, etc. Les musées, bibliothèques, bâtiments historiques ou lieux emblématiques de la ville (Vieux-Port, Place Jean-Jaurès, le Panier, etc.) sont tous à 20 minutes à pied environ. Enfin, le Jardin Levat qui nous accueille dans le cadre du jardin partagé est à moins de 15 minutes à pied (1,2 km).

Le fort dynamisme socio-culturel du quartier et sa position centrale dans la ville de Marseille rendent nombreuses les opportunités de développer des partenariats. Les associations de théâtre, d'arts plastiques, de danse, de musique, ou reflétant les diversités culturelles sont très implantées dans le périmètre proche. La rue Consolat, par exemple, regroupe plusieurs salles de concerts, bibliothèques, espaces de rencontres, ateliers d'artistes, etc. Le quartier est aussi un espace de forte mixité sociale. Le collège Longchamp, situé rue Jean de Bernardy, accueille les jeunes des habitations « chics » qui bordent le parc Longchamp, et les enfants des quartiers plus défavorisés de la Belle de Mai. Les carrefours de grandes artères comme celui des Réformés ou des 5 Avenues témoignent de ces entrecroisements dans l'espace urbain.

Le LDR a fait le choix, dès le démarrage du projet, d'ouvrir le dialogue avec le voisinage en organisant plusieurs journées portes ouvertes du lieu. Les relations n'ont pas été sans heurts, mais les habitudes de communication directe, par exemple entre les voisins et l'équipe

d'intervention, en cas de problème permettent souvent de dépasser les conflits. Cette ouverture, freinée par l'épidémie sanitaire que nous avons traversée, est l'un des enjeux à venir s'investir aujourd'hui pour le développement du projet. Que l'on parle d'inclusion sociale, de dé-stigmatisation ou de plaider, la place des personnes souffrant de troubles psychiques dans la société se doit d'être instaurée. C'est par l'ouverture et le dialogue qu'une interconnaissance, origine potentielle de la réduction des conflits et de la peur, sera possible. D'ailleurs, dans leur majorité, les voisins soutiennent le projet et nous le témoignent régulièrement.

3.7.4. Le quotidien du dispositif

Le LDR accueille des personnes en situation de crise psychique dans un espace non médicalisé⁷. L'accent y est mis sur la qualité de la communication interpersonnelle et sur l'instauration d'une ambiance collective chaleureuse. Les contrats d'hébergement ont une durée d'un mois, renouvelable deux fois, soit 3 mois maximum. L'accueil au LDR comprend la mise à disposition d'un espace privatif sous forme de chambre individuelle, dont certaines possèdent leur propre salle de bain. A son arrivée, la personne reçoit les clés de sa chambre et du bâtiment et ses entrées et sorties sont libres. L'accueil a été longtemps gratuit, mais une participation symbolique⁸ est dorénavant instaurée. Les fonds recueillis servent à l'organisation d'évènements, de repas communautaires favorisant les échanges avec d'anciennes personnes accueillies. Les espaces collectifs (salle de bain, cuisine, salon, etc.) sont sous la responsabilité du collectif, et toutes les personnes présentes dans le lieu sont invitées à participer à son entretien.

L'équipe d'intervention comprend des professionnel.les, des bénévoles et des stagiaires. Mais l'entraide entre pair.e.s reste l'un des principaux leviers de soutien. Les salarié.e.s sont présent.e.s de 9h à 21h et une astreinte téléphonique est organisée entre 21h et 9h. Les missions des intervenant.e.s sont de favoriser l'instauration d'une dynamique collective positive tout en portant une attention aux besoins individuels. Cela prend notamment la forme d'une participation communautaire aux tâches quotidiennes (courses, préparation des repas, entretien des locaux), et d'entretiens individuels hebdomadaires. Des entretiens de réseau, selon l'approche Open Dialogue, sont mis en place avec les proches de la personne concernée. Les outils du rétablissement (plan individuel de rétablissement, directives anticipées en psychiatrie, etc.) sont proposés tout au long du séjour. Enfin, les liens avec les partenaires qui

⁷ Cf. annexe 2 sur le « protocole d'inclusion » p. 92.

⁸ 20 € par mois pour une personne percevant l'AAH, 10 € pour une personne au RSA, le montant est adapté si la personne n'a aucun revenu.

adressent la personne, ou avec le réseau de professionnel.le.s de santé déjà existant sont maintenus tout au long de l'accueil au LDR.

Dans l'idéal, l'équipe est composée de 10 intervenant.e.s environ, dont un.e Infirmier.ère Diplômé.e d'Etat, représentant 8 à 10 équivalents temps plein (ETP), pour moitié des travailleur.ses pair.es. L'intervenant.e en santé communautaire est « celui ou celle qui se donne pour fin l'émancipation des personnes auprès desquelles iel intervient, la formation progressive de leur capacité à prendre en charge leur propre santé individuellement comme collectivement, et qui prétend y parvenir via la médiation d'activités structurées, intégrées à un projet de développement social, et fondées sur leur participation pleine et entière⁹ ». Un poste de coordination complète l'équipe de terrain. L'une des limites repérées dans la construction du modèle est l'absence physique d'intervenant.e.s durant la nuit. Cette présence a un coût important, mais elle est régulièrement mise en avant dans les besoins exprimés par les intervenant.e.s et par les personnes accueillies. L'accompagnement médical est assuré par un dispositif externe (libéral, hospitalier, équipe mobile, CMP, etc.). En dehors des interventions directes de l'équipe salariée, les rencontres et les échanges avec les partenaires sont favorisés : ateliers divers, réunions collectives, recherche-action participative, valorisation des espaces collectifs. En effet, au-delà de l'accueil, le LDR souhaite proposer un espace d'échanges pour le réseau en santé mentale orienté vers le rétablissement.

3.7.5. Perspectives

La création du LDR prend place dans un vaste mouvement de critique et de réorganisation du système de soin en santé mentale, que ces critiques soient portées par les usager.es, par les professionnel.les de santé, ou par les politiques de santé publique. La remise en question du système de soin en santé mentale s'inscrit dans un contexte social et historique large, et est multifactoriel. Nous avons pu l'approcher en introduction de ce rapport. C'est une dynamique globale, cela induit que le champ de la santé mentale est en forte évolution depuis plusieurs années (Brossard, 2021) : émergence de dispositifs alternatifs institutionnalisés (plateformes pairs ressources, groupes d'entraide mutuelle (GEM), approches *working first* ou *housing first*, centres référents de réhabilitation psychosocial et rétablissement, etc.), ou moins institutionnalisés (groupes entendeur.ses de voix ; groupes d'auto-support ; forums en ligne ; blogs et réseaux sociaux ; etc.). D'autres approches alternatives se développent en France : des dispositifs similaires au Lieu de répit comme « la Maison Perchée » ; les Directives Anticipées incitatives en Psychiatrie ; les équipes mobiles ; l'approche Open Dialogue, etc. Ce

⁹ Adaptation de la définition du pédagogue de P. Meirieu.

qu'il faut entendre de cet appel à une transformation sociale, c'est un objectif de changement global du système de santé mentale. Cette volonté de transformation sociale que portent les approches communautaires se retrouve dans les principes de la recherche-action participative (« RAP »).

4. RECHERCHE-ACTION PARTICIPATIVE AU LIEU DE REPIT

La recherche-action est un moyen de se réapproprier l'essence de la recherche en sciences sociales, à savoir donner à voir ce qui se passe *hic et nunc*, permettre un aller-retour « expérience - réflexif/ verbalisation », afin de neutraliser la distance statutaire induite par le statut de chercheur.se, de réduire la distance entre le « faire » et le « dire », comme c'est en vogue dans le champ académique. L'usage de la recherche-action au Lieu de répit a permis d'être plus proche des réalités étudiées, c'est-à-dire de permettre aux personnes qui participent au processus de recherche d'être concernées par les problématiques théorisées (troubles psychiques) ; et impliquées dans l'expérience de structuration du collectif du Lieu de répit et le rétablissement. Nous déclinons les implications de la recherche-action au Lieu de répit en trois points : les « origines théoriques de la RAP » ; les « principes de la RAP au Lieu de répit » ; et enfin « l'articulation de la RAP et du modèle interventionnel ».

4.1. Origines théoriques de la « RAP »

Processus dans lequel un groupe de personnes avec des préoccupations communes et collaborant, de manière systématique et délibérée, planifie, met en œuvre et évalue des actions. La recherche-action combine action et investigation. L'enquête renseigne l'action et les chercheurs apprennent par une réflexion critique sur l'action. (Fisher, 2006, p.2).

John Dewey est le précurseur de la recherche-action, et en 1929, l'équipe de Elton Mayo préfigure le concept lors de leur enquête à la Western Electric Company. Alors qu'ils étudient les moyens d'améliorer l'absentéisme des salariées, les chercheur.ses vont jouer un rôle de « leaders d'opinion » auprès de la direction pour faire entendre les besoins des ouvrières. Mais c'est Kurt Lewin qui utilise le premier le terme « *action-research* », en 1946 (Lenoir, 2012). Pour lui, la recherche-action produit et valide des savoirs empiriques, dans un contexte spécifique, ce qui induit qu'elle soit menée dans l'environnement de production des savoirs issus de l'expérience ; et non en laboratoire. Pour ce faire, elle prend en compte le vécu et le comportement des acteur.trices, qui participent également à l'étude. Elle s'appuie aussi sur la rencontre entre une volonté de changement social et une intention de recherche (Gonzales-Laporte, 2014).

Des approches ultérieures de la recherche-action ont enrichi la conception lewinienne initiale : le pôle de « recherche » se déplace peu à peu vers le pôle de l' « action » (Arduino, 1988) ; les travaux du Tavistock Institute détermineront la participation comme un principe clé de la recherche-action (Lenoir, 2012).

Il existe de multiples formes de recherche-action, ainsi que de contextes, et peu de définitions univoques. Trois dimensions se retrouvent toutefois dans toutes les R-A : le changement ; l'élaboration de connaissances ; l'intervention. Elles « revêtent des significations différenciées en fonction des postulats épistémologiques et de la vision de la réalité sociale qu'elles portent » (Allard-Poesi & Perret, 2003, p.1).

La question de l'émancipation est centrale dans la recherche-action : Fals-Borda & Rahman (1991) formulent en ce sens une critique sociale de la science, vue comme un instrument de pouvoir. La recherche action doit permettre aux groupes dominés, dans une démarche *par et pour*, de prendre conscience de leur possibilité d'action, de produire des connaissances, tout en développant des compétences scientifiques.

Dans la lignée des chercheur.ses en sociologie et en anthropologie de l'université de Chicago (Chapoulie, 1994), les leviers méthodologiques et conceptuels de la R-A ont accompagné les démarches d'autonomisation des mobilisations citoyennes des années 1960-1970 ; selon une visée de déconstruction des rapports sociaux de dominations multiples. Les revendications d'horizontalité dans les rapports humains sont d'autant plus fortes qu'elles traversent tous les groupes dominés, dont les survivant.es de la psychiatrie (Mead et al., 2001). Puisqu'un « système social réalise d'autant mieux ses objectifs d'action qu'il est [...] moins hiérarchisé » (Albaladejo & Casabianca, 1997, p.130) ; pour ces dernier.es, la R-A est une technique sociale au service de l'avènement d'un nouveau paradigme de santé. En facilitant la participation des acteur.trices directement concerné.es, le modèle de la R-A permet donc l'ouverture de débats politiques, par exemple sur la place du/ de la citoyen.e dans la prise de décisions publiques et épistémologiques.

4.2. Principes de la « RAP » au Lieu de répit

4.2.1. La « RAP », outil de conscientisation

Le processus de RAP permet aussi d'apporter une vision large du contexte. Trois niveaux contextuels sont pris en compte par la RAP LDR. Au niveau microsocial, la RAP LDR a permis d'intégrer la réflexivité aux pratiques quotidiennes du dispositif. Elle questionne régulièrement les situations auxquelles les membres du collectif sont confrontés, et constitue

un outil supplémentaire dans un environnement très complexe. La RAP LDR s'intègre aussi dans le contexte macrosocial de la psychiatrie, qui est celui de la pénurie de médecins psychiatres, du manque de lits d'hospitalisation disponibles, ou encore la reconnaissance grandissante du rôle des usagers. L'un des rôles de la RAP LDR est justement de rendre ces aspects explicites pour les acteur.trices du projet. Enfin, elle valorise une approche différente des troubles psychiques. Elle propose une déstigmatisation de la schizophrénie et de la bipolarité trop souvent dépeintes de façon négative (Lampropoulos et al., 2019), et milite pour que l'approche biomédicale ne soit pas la seule modalité d'accompagnement en psychiatrie (Jenkins, 2018).

La RAP a ainsi favorisé la mise en lien d'acteur.trices académiques ou institutionnels, avec les membres du collectif. Par exemple, plusieurs membres du LDR ont participé au projet territorial de santé mentale (PTSM) qui programme les actions prioritaires en santé mentale à mener dans les cinq prochaines années. Des rencontres avec l'ARS PACA, portant sur les questions de financement, ont aussi été ouvertes à des personnes impliquées (et concernées) dans le processus de recherche-action.

4.2.2. Participation des personnes concernées : renforcer le pouvoir d'agir

La RAP est considérée comme une pratique dans laquelle la séparation entre la position du chercheur et l'objet social de la recherche, « l'acteur », est interrogée, dans la mesure où les participants ont l'opportunité de prendre un rôle (voir le contrôle) dans la définition des actions, qui auront des effets directs sur leur univers, leur environnement social ou leur organisation. (Gonzales-Laporte, 2014, p.14)

L'implication des usager.es est fondamentale pour construire de nouvelles représentations sociales et modifier les rapports individuels et collectifs aux troubles psychiques. En plus des retombées sociales, la collaboration entre les chercheur.ses académiques et les autres acteur.trices de la recherche, sont aussi l'un des moyens d'améliorer qualitativement les recherches-actions participatives :

Les recherches participatives ne sont pas uniquement une façon de travailler à plus de justice cognitive ; elles sont aussi une manière de produire des résultats de recherche avec un haut niveau de validité contextuelle. (Godrie et al., 2020, p.7)

Les objectifs de la recherche-action menée au Lieu de Répit sont triples :

- produire des résultats scientifiques pour expliciter le modèle, l'améliorer et participer à sa diffusion ;
- permettre aux acteur.trices concerné.es de s'approprier le processus de recherche, de développer la conscientisation de ses implications politiques, et

de faciliter une acquisition réciproque de connaissances entre chercheur.ses académiques et non-académiques ;

- permettre aux acteur.trices concerné.es de prendre conscience des leviers que permet la recherche à des fins d’empowerment, pour soi, et les autres : « il est important et possible que la population ou la communauté elle-même tire profit non seulement du résultat, mais aussi du processus de recherche » (Hall, 1980).

La participation des personnes concernées à la recherche demande toutefois une vigilance importante, tant les inégalités épistémiques sont présentes. Afin de pouvoir intégrer les savoirs (expérientiels) des chercheur.ses non-académiques, il est nécessaire de rééquilibrer le fossé entre chercheur.ses et « sujets » (et plus *objets*) de la recherche, d’amorcer la déconstruction la posture de chercheur.se afin de placer à l’horizon l’utopie d’une égalité de participation au processus réflexif.

4.2.3. Adaptabilité de la posture du/ de la chercheur.se

L’avantage, c’est que ces personnes-là [les chercheur.se.s] on les découvre autrement. Pourquoi ? Parce qu’ici, on ne se sent pas stigmatisé. Aussi, moi... Tu sais j’ai une place privilégiée parce que je vois tout ce qui se passe depuis le début, je participe à tous les groupes donc j’ai les comptes rendus et je vois bien comment... on fait avec les usagers, c’est super parce qu’on est écouté. On s’intéresse vraiment à ce qu’on dit et dans les CR on retrouve, on tient compte de ce qu’on dit. Quand je vois... quand j’interviens dans des groupes recherche ou qu’on me sollicite pour participer à certaines choses, ben mon avis on en tient compte. Et des fois ça permet de faire avancer et moi j’apprends beaucoup parce qu’en vous écoutant tous, je vois un peu comment vous fonctionnez et aussi je veille à ce que ça aille bien dans l’intérêt du projet »
E3_BPLDR_2017

La RAP au Lieu de répit est un outil à visée émancipatrice (pour les individus, pour la communauté), et politique (en vue d’une transformation du système de soins en psychiatrie). Elle a l’avantage d’une forte adaptabilité aux problématiques issues du terrain, de l’expérience, et de ses acteur.trices :

La recherche-action n’est pas une simple méthodologie, [...] mais un processus qui forge ses propres outils en fonction des contextes [...]. Elle est donc toujours pertinente dans les moments de profondes transformations lorsque les repères habituels sont bouleversés. (LISRA, 2009, p.2)

Une proximité avec le terrain implique de clarifier la posture du/ de la chercheur.se et son rapport à son sujet de recherche. Être proche du terrain demande aux chercheur.ses d’abandonner une posture de neutralité pour assumer leur implication en tant qu’individu. Il

existe également un accord entre les valeurs personnelles des chercheur.ses et celles véhiculées par l'association et son projet¹⁰.

La question de l'implication suffisante et de la distanciation nécessaire reste entière, et traverse les manuels d'ethnographie (Kilani, 1987, Abbott, 2003). Au LDR, les interactions entre les acteur.trices de la RAP et leurs interlocuteur.trices dépassent souvent le cadre d'une relation d'enquête. Dans les situations d'entretien, par exemple, se mêlent à la posture de recherche, d'autres rôles, qui colorent la relation entre l'interviewer.euse et l'interviewé.e – avoir partagé un repas ou des tâches ménagères, avoir apporté du soutien pendant la crise, avoir vécu une expérience similaire, etc. Cette posture assumée, il n'en demeure pas moins que l'analyse nécessite prise de distance avec le terrain et préservation d'espaces de réflexivité : il s'agit de trouver un équilibre entre détachement et participation (Chapoulie, 1984).

La présence assidue des chercheur.ses au cœur du dispositif, tout au long de l'expérimentation, a permis, en continu, de faire part de leurs observations et de leurs analyses aux professionnel.les de l'équipe, et aux personnes accueillies, lors de présentations orales, ou de rencontres informelles. Dans le cas du LDR, les retours de la RAP vers la dimension interventionnelle du dispositif a parfois pris des formes précises (comme des rapports de recherche et des préconisations), mais la réflexivité a surtout « infusé » dans l'organisation du lieu.

4.3. Articulation de la « RAP » et du modèle interventionnel

La recherche-action participative se veut au service de l'ajustement des pratiques aux modèles d'intervention sur lesquels le projet repose, et aux spécificités du contexte (marseillais, français). Pour la RAP LDR, l'aboutissement de l'articulation entre recherche et intervention a été la prise de fonction de coordination générale du dispositif par l'un des chercheur.ses. Cette place augmente la difficulté de maintenir une posture de recherche, mais elle légitime l'approche RAP et permet une imbrication étroite entre la recherche et l'intervention. Afin de répondre à des critères de scientificité, des réajustements ont été mis en place. Un chercheur a été recruté, mais n'a pas été directement impliqué auprès des acteurs du dispositif. La distance avec le terrain a permis une analyse distanciée des données d'entretiens, qui a confirmé les observations réalisées par les chercheur.ses imprégnés par le dispositif. Les réponses

¹⁰ Cette proximité culturelle est critiquable, elle offre toutefois l'avantage d'être admis dans le groupe et de l'observer de l'intérieur (Woods, 1986), sans pour autant avoir à négocier l'accès au terrain (Derbez, 2010).

apportées aux enjeux du terrain bénéficient ainsi des réflexions menées en parallèle, et viennent en retour nourrir l'enquête.

La sensibilité des acteurs.rices aux questions de participation s'est aussi développée corrélativement aux projets de recherche menés au LDR. Depuis 2017, cinq mémoires de master ont été réalisés dans le cadre du LDR, tous en lien avec les questions de participation¹¹.

4.3.1. Organisation du groupe de recherche-action participative (« GRAP »)

L'organe central de la recherche-action LDR est le groupe de recherche-action participative (GRAP). Sa composition et sa dynamique ont varié selon les périodes¹². Il a pour ambition de réunir des membres de l'équipe d'intervention (salarié.es et bénévoles), des chercheur.ses de métier, des personnes accueillies ou ayant été accueillies au LDR, des partenaires et les membres de l'équipe de recherche (salarié.es et stagiaires), et plus largement toute personne souhaitant s'impliquer dans le projet. Bien entendu, le GRAP comprend des personnes porteuses de savoirs expérientiels en lien avec la psychiatrie.

Le sujet des rencontres du GRAP a évolué avec le temps et le dispositif, mais nous présentons quelques notes de terrain pour donner une idée des thèmes qui y sont discutés : "Synthèse sur l'objectif commun : Construire une démarche scientifique qui renforce ce commun en construction à travers une expérimentation d'une pratique commune scientifique" (02/05/2017) ; « Echanges sur les conditions d'une démarche scientifique. » (20/07/2017) ; « Informations sur les appels à projet de recherche, les recherches participatives qualitatives. » (16/11/2017) ; « Intervention de Sandrine Loubière (économiste de la santé, laboratoire de Santé publique), échanges et questions de méthodologie » (06/04/2018) ; « Diner avec les habitants du LDR » (04 et 11/09/2018) ; « Réunion au laboratoire de Santé Publique » (04/03/2019) ; « Focus Group sur la construction du guide d'entretien semi-directif » (11/06/2019) ; « Réunion perturbée par la situation de crise d'une personne membre de la communauté » (24/10/2019) ; « GRAP "fermé" : recueil de données » (11/06/2020).

Ces quelques sujets donnent à voir la diversité des thèmes traités en groupe de travail, la complémentarité des interventions (diner avec les habitants versus réunion au laboratoire de santé publique, par exemple), et les interactions réciproques permises par ce groupe. C'est-à-dire que des chercheur.ses professionnel.les ont été amenés à présenter leur travail, à discuter

¹¹ Bechla (2017) ; Robert (2018) ; Palma-Villalobos (2018) ; Devaux (2019) ; Rodas-Carvajal (2020).

¹² Au 31 janvier 2019, ce groupe était composé de 18 personnes, alors qu'en 2021, le nombre de personnes et de rencontres du GRAP se réduisent fortement.

et à organiser la recherche avec des personnes non spécialistes. A l'inverse, des chercheur.ses débutants, des membres de la communauté du LDR, se sont confrontés à la réalité des besoins de la recherche. La question de la randomisation, abordée dans le cadre d'un protocole de recherche quantitative, est représentative de cette tension. Alors que les recherches randomisées demeurent très valorisées scientifiquement, elles posent des questions éthiques aux acteur.trices de terrain. L'attention réciproque aux arguments, et la possibilité de dialogue offerte par les conditions de la RAP favorise la prise de décision commune et assumée. Un autre exemple est la mise en place d'une relecture de la transcription des entretiens par la personne interviewée. Alors que le processus nous a semblé très riche sur le plan qualitatif, il s'est heurté à la difficulté de se pencher en détails sur une transcription de vingt pages. Même si une proposition de relecture d'un résumé de l'entretien a été envisagée, les allers-retours entre pratique de logique et logique de la pratique sont nécessaires.

4.3.2. Productions empiriques du « GRAP »

Le rôle des chercheur.ses a été d'observer, de décrire et d'analyser les situations pour en tirer une connaissance réutilisable dans l'action. Le GRAP a collaboré à la production des documents relatifs au fonctionnement du dispositif (la charte du LDR début 2018, Plan de Rétablissement Individualisé fin 2019, Fiches Action « Accueil au LDR » fin 2020, questionnaire de satisfaction début 2021), a produit des documents de synthèse de recherche (« Rapport qualitatif 25 février 2019 », « Synthèse qualitative lieu de répit » mars 2020, « LDR un projet participatif pour une transformation sociale » été 2020, diverses notes de synthèse à direction de l'Agence Régionale de Santé), a soutenu la rédaction de mémoires universitaires. A ces rendus écrits s'ajoutent une participation à la rédaction des rapports d'activités annuels, la réponse à des appels à projets, des synthèses régulières sur les actions menées, des rapports de voyages d'étude, etc. Cette liste, non exhaustive, donne à voir les documents produits formellement, comme les rapports de recherche, mais montre peu la plus grande influence du GRAP : la façon dont ces travaux se sont diffusés dans l'espace du LDR. Nous avons recensé 75 préconisations formulées par le GRAP et/ou l'équipe de recherche¹³. Elles sont issues principalement des rapports qualitatifs qui ont jalonné la RAP (février 2019, mars 2020, juillet 2020). La plupart de ces préconisations ont été totalement mises en œuvre (N=31) ou partiellement mises en œuvre¹⁴ (N=31). Seules 13 n'ont pas été mises en œuvre, essentiellement dans le cadre plus spécifique de la recherche. 20 autres actions

¹³ Cf. annexe 1 p. 81, pour consulter le suivi des préconisations issues du GRAP.

¹⁴ Cette catégorie inclue des préconisations qui reposent sur un processus, inachevable.

d'améliorations ont été dénombrées, élaborées avec différents acteurs (équipe d'intervention, RAP, partenaires, collectif LDR, etc.). Au-delà des préconisations, les salariés de l'équipe de recherche se sont aussi directement impliqués dans la structuration du modèle. Nous pensons particulièrement aux phases de recrutement, à la création collective des fiches de poste (2018, puis été 2019 notamment), à la formation interne (accompagnement à la crise, spécificité du travail pair, Open Dialogue, etc.), aux restitutions sur les pratiques inspirantes (Parachute, Run Away House, Open Dialogue, etc.), et plus généralement à la participation constante aux réunions collectives et d'équipe, aux temps d'échanges et de coordination, aux multiples travaux invisibles, etc.

4.4. Critiques et perspectives

Une autre modalité d'analyse de la RAP au LDR pourrait se faire sous le prisme de la critique de la participation, qui pourrait ainsi servir de point d'appui à l'amélioration des pratiques ultérieures. La participation est aussi et surtout un processus, qui contribue au renforcement du pouvoir de l'individu et de la communauté, et par lequel change la distribution des pouvoirs. Elle favorise l'empowerment, « processus par lequel un individu ou une collectivité s'approprie la capacité d'agir concrètement et de façon autonome. En bref : le pouvoir, ainsi que la capacité de l'exercer » (Ninacs, 1995). Une attention particulière a été accordée, tout au long du processus, à la conscientisation (savoir, comme pouvoir) et à l'appropriation du processus de recherche scientifique par les acteur.trices « profanes ». Mais, 1) la participation ne se décrète pas, 2) « prendre part à » ne signifie pas automatiquement « s'approprier la capacité d'agir », et 3) la participation des personnes concernées ne fait pas disparaître les inégalités sociales (Godrie, 2019). Le Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire (Sepsac), a établi des repères spécifiques à la stratégie communautaire :

- définir la communauté comme un ensemble de personnes présentant un sentiment d'appartenance commun ;
- favoriser l'implication de toutes les acteur.trices concernées dans une démarche de co-construction dans les différentes étapes de la démarche ;
- favoriser un contexte de partage, de pouvoir et de savoir permettant de reconnaître la spécificité de chacun.e ;
- valoriser et mutualiser les ressources, individuelles et collectives, spécifiques et complémentaires, de la communauté.

Les savoirs expérientiels ont été pris en compte et valorisés, tant du côté des personnes intervieweuses, que des personnes interviewées. Par exemple, les éclairages des intervieweurs.es concerné.es par la psychiatrie sur les parcours de soins, ont servi de relances d'entretien, et ont été des sources d'informations particulièrement fiables. Idem pour les personnes interviewées, qui ont pu décrire des expériences souvent fortes en lien avec l'hospitalisation. Une moindre participation a été constatée dans le cadre de l'analyse des entretiens alors que le recueil de données a mobilisé un plus grand nombre de personnes. Il aurait été particulièrement intéressant de renseigner, par entretiens semi-directifs par exemple, l'expérience vécue par les usager.ère.s dans le rôle de co-chercheur.se, et inversement, l'expérience vécue par les chercheur.ses académiques dans la collaboration avec des savoirs expérientiels. Malheureusement, cela n'a pu être réalisé pour différentes raisons¹⁵, mais cet axe reste prometteur pour d'autres recherches à venir. L'une des co-chercheuse engagée à l'été 2020 a néanmoins témoigné de l'ouverture intellectuelle procurée par sa participation à la recherche, et du sentiment de développement personnel consécutif à de nouvelles connaissances et expériences (mener et analyser un entretien de recherche, critiquer sa prestation en tant qu'intervieweuse, etc.).

Voici les points positifs que nous souhaitons relever :

- une participation constante des personnes directement concernées ;
- une pluralité de savoirs en interaction tout au long de la recherche ;
- une attention soutenue aux inégalités épistémiques, au questionnement de la posture de chercheur.se ;
- le développement de compétences individuelles et collectives (quel que soit le type d'acteur.trices) en lien avec la recherche participative.

Des points négatifs ont aussi été identifiés :

- l'insuffisance de la formation apportée aux chercheur.ses non-académiques (et sans doute aux chercheur.se.s académiques sur les savoirs issus de la communauté) ;
- la diminution de la participation en corrélation avec le sentiment d'appartenance communautaire (Campbell & Jovchelovitch, 2000) ;
- le départ souvent abrupte de personnes concernées suite à des tensions internes à la recherche.

¹⁵ Nous pouvons citer : la crise du Covid, le manque de temps, ou encore la moindre disponibilité des personnes à réaliser ces entretiens.

Ce rapport s'inscrit dans le cadre d'une recherche-action, mais les données empiriques ne permettent pas d'accéder à un « aller-retour » entre l'expérience de structuration du lieu ou du rapport au trouble, et la formalisation par la recherche. Par exemple, si les relations de pouvoir sont questionnées à un moment donné, il n'y a pas de suivi par la recherche de l'évolution de cette question au fur et à mesure de l'expérience, dans le temps. Par contre, à différents repères temporels, certaines questions vont émerger. Avec cette variable de l'année, nous donnons à voir le caractère « en train de se faire » de l'expérience du lieu, entrant dans le cadre de la recherche action. Nous avons pu :

- repérer différentes pratiques associées au système « Hôpital vs. Lieu de répit » (cf. 6 p. 31) : il s'agit des prémices d'une enquête « d'impact » (programme de recherche du PREPS) des pratiques au Lieu de répit, nouvellement relativement stabilisé, dans le champ de la santé mentale – et les rapports de pouvoirs et de luttes qui vont avec, notamment avec les professionnel.les statutaires ;
- appréhender par la recherche, entre 2018 et 2020, l'évolution de la structuration, ou l'évolution des implications liées à l'expérience de personnes accueillies ou accompagnateur.trices au Lieu de répit (cf. 7 p. 39) : il s'agit d'une recherche-action, en quelque sorte, à « macro niveau » ;
- repérer différentes expériences de « rétablissement », dans et par l'opposition systémique « Hôpital vs. Lieu de répit » (cf. 8 p. 58 & 9 p. 61) : il s'agit des prémices d'une enquête « d'impact » (programme de recherche du PREPS) de ce système dans la transformation du rapport aux troubles psychiques.

Nous développerons dans un premier temps les aspects méthodologiques qui permettront de rendre visible et intelligible l'initiative du Lieu de répit, ce qui s'y passe.

5. ELEMENTS METHODOLOGIQUES

5.1. L'analyse des entretiens

Entre 2018 et 2020, 26 entretiens individuels et 4 « focus group » avec l'équipe d'intervention ont été menés et retranscrits par différentes personnes impliquées dans le groupe de recherche action au lieu de répit. A partir du corps de texte de chaque entretien, nous avons classé les plus petites phrases qui avaient un sens – nous les nommons « unités de sens », il s'agit d'une méthode inspirée de la sémiologie de Barthes (1964). Ce classement ne s'est pas effectué dans la croyance de la (fausse) neutralité ou objectivité scientifique, mais plutôt en prenant acte que

la production de savoirs est située, dépendante de « nos propres "technologies sémiotiques" de fabrication des significations » (Haraway, 2014, 4) :

- le choix des unités de sens répertoriées et mises en avant dans ce texte, perçues pertinentes dans le corps du texte des entretiens, est sans aucun doute conditionné par notre position privilégiée d'homme, blanc, hétérosexuel, non directement concernée par les troubles psychiques ;
- la sensibilité à l'opposition binaire entre « être objet » et « être sujet », qui émane des recherches de Zerbib (2019), ancrées dans un poststructuralisme queer (Butler, 2009, 2012), dépendantes d'une position privilégiée dans le système de genre, à savoir celle du genre masculin – le genre « universel ». Ces travaux montrent, à partir de la question de la féminisation des professions, en quoi le féminisme semble porteur d'idéaux d'autodétermination. Nous pensons que le lieu de répit est un exemple pratique, concret, d'application des idéaux féministes de subjectivation des rapports, en s'opposant au modèle classique, objectiviste, patriarcal, ici, de l'hôpital psychiatrique. La manière de nommer, et de donner du sens aux catégorisations d'unités de sens trouve là son fondement théorique.

Nous avons catégorisé les unités de sens, selon 3 matrices de données, qui permettent de donner forme à la structure de ce rapport¹⁶ :

- 1^{ère} matrice : elle a été élaborée à partir des entretiens de 18 enquêté.e.s qui présentent des troubles psychiques. Ils ont été interviewé.es entre 2018 et 2020. Ils parlent d'ébauches de leurs expériences, en quoi leur rapport au trouble est aliénant à l'hôpital (cf. 3. p. 58), plutôt libérateur au lieu de répit (cf. 4. p. 61) ;
- 2^{ème} matrice : elle a été élaborée à partir des entretiens de 12 enquêté.e.s (dont 10 pairs) qui accompagnent les personnes présentant des troubles psychiques. Ils ont été interviewé.es entre 2019 et 2020. Ils travaillent au LDR, à MARSS, Ulice, EsperPro ou sont des proches. Ces entretiens permettent de construire un « idéaltype » (Weber), non exhaustif (ou prescriptif), du/ de la travailleur.se pair, ainsi que du/ de la travailleur.se statutaire (cf. 1. p. 31) ;
- 3^{ème} matrice : elle a été élaborée à partir des entretiens de 9 enquêté.e.s présentant des troubles psychiques et accueillies au lieu de répit (qui apparaissent dans la 1^{ère}

¹⁶ Nous nous centrons sur une analyse des représentations sociales, pas des conditions sociales de ces représentations – les caractéristiques sociales des enquêté.es sont passées sous silence.

matrice) ; et des entretiens de 19 accompagnant.e.s (dont 7 pairs et 5 qui apparaissent dans la 2^{ème} matrice). Iels ont été interviewé.es entre 2018 et 2020. Iels travaillent au lieu de répit. Ces entretiens donnent à voir l'élément central de ce présent rapport : le processus de structuration du collectif du lieu de répit (cf. 2. p. 39), résultats synthétisés par une analyse par correspondances multiples couplée à une classification ascendante hiérarchique.

5.2. Analyse binaire : rendre visible ≠ réduire

Le goût, c'est le dégoût du goût des autres. (Bourdieu, 1979)

Le Lieu de répit n'a pas vocation à intégrer le cadre psychiatrique hospitalier, son existence doit permettre de faire évoluer les pratiques en santé mentale, encore largement hospitalo-centrées. La difficulté pour le LDR de trouver sa place vient du fait qu'il est à la fois alternatif, en tant qu'il évite une hospitalisation, quand on considère le parcours de santé mentale, ou sous l'angle de l'apport des pairs aidants par rapport aux professionnels classiques ; mais surtout concurrentiel, car il propose de se passer du paradigme médical.

La manière dont les personnes concernées par les troubles psychiques parlent de leur expérience à l'hôpital est directement dépendante de l'opposition ou du contraste de leur expérience au lieu de répit – et inversement. De la même façon, les travailleur.ses pair.es et les travailleur.ses statutaires interviewé.es, se définissent dans et par l'opposition à la définition qu'iels se font du statut – excluant vs. inclusif. Enfin, le collectif du Lieu de répit s'est structuré dans et par la perception de l'opposition à la structuration dominante à l'hôpital. La lecture de ce rapport sera volontairement binaire, non pas dans une volonté de distorsion ou de réduction du réel, qui lui n'est pas binaire et complexe, mais dans une volonté de mettre en lumière l'opposition structurelle du Lieu de répit et de l'hôpital psychiatrique, de ne pas invisibiliser l'offre du lieu de répit qui n'est pas seulement dans un fonctionnement complémentaire, mais bien opposé à celui, dominant, de l'hôpital psychiatrique, selon les dires des enquêté.es. Ceci veut dire, « pour parler en termes sémiologiques, que les mots [sur les expériences] ne prennent leur sens que par opposition les uns aux autres » (Barthes, 1964). La recherche-action passe donc sous silence la multiplicité des expériences possibles dans le cadre de l'hôpital, en l'occurrence l'humanisation potentielle des pratiques à l'hôpital¹⁷, afin que cet argument ne devienne pas un instrument de

¹⁷ Le recueil par entretien de ces expériences hospitalières, initialement prévu, n'a pas pu être mené dans le cadre de ce rapport. Une seconde phase de recherche comparera qualitativement les parcours de personnes bénéficiaires du LDR et de celles qui n'en bénéficient pas, et enrichira l'analyse que nous proposons ici.

relativisation de ce qui pourrait transformer le fonctionnement de l'hôpital : le dispositif du Lieu de répit.

5.3. Questionner, plutôt que prescrire

Ce texte souhaite donner de la visibilité à quelques questionnements potentiellement inhérents à la structuration d'une alternative au système, c'est-à-dire à la structuration d'une forme de vie qui sauvegarde, ou met au centre le processus d'empowerment (ou d'individualisation¹⁸), et ce, dans le champ de la santé mentale. Ce qui va être mis en avant dans ce rapport, n'est pas un « prêt à appliquer » de « recettes », de « solutions », de « techniques », pour permettre aux professionnel.les de la santé mentale de régler les problèmes inhérents à leurs pratiques, pour permettre aux personnes présentant des troubles de résoudre leurs « problèmes » psychiques. Nous prenons le parti pris de mettre en évidence autant que possible des questionnements, des processus, afin de sortir de la fiction naïve d'apporter des solutions génériques à des problématiques sociales ; afin de tenter de créer les conditions d'un point de vue réflexif ou critique sur sa propre pratique.

Questionner, c'est permettre « la négociation de l'impossible » (Scott, 2002), c'est laisser ouvert ce qui est par essence mouvant et doit le rester. Bien que la pratique de la logique dont ce rapport est le produit, ne soit pas la logique de pratique, nous pouvons affirmer qu'un espace comme le lieu de répit, ce n'est pas une structure figée, dont l'objectif serait de veiller à la stabilité de ses propres règles. Il s'agit plutôt de faire des règles des questions, de la structure un espace de définition des questions : le lieu de répit est un horizon, une utopie, car contrairement au fonctionnement traditionnel des institutions, dont la fonction propre – en deçà de la libéralisation (ou privatisation) potentielle induite par une politique d'austérité – est le conservatisme (au sens de Bourdieu), il n'est jamais une fin en soi d'être une alternative au système, de devoir re-définir constamment son autonomie et son hétéronomie.

6. EMERGENCE DU LIEU DE REPIT : UNE ALTERNATIVE À L'HOSPITALISATION ?

C'est la construction d'une relation pour arriver à faire sortir les urgences psychiatrique de leur schéma de pensées. D'arriver à leur faire imaginer qu'une autre prise en charge de la crise est possible. Ça part de loin.

E4_AnthropologueNPNLDR_2020

¹⁸ Le terme *empowerment* est utilisé ici dans une conception individuelle, telle que définit par Anthony (1993), cité dans Shepherd et al. (2007). Pour les différentes approches du concept, voir par exemple Deutsch (2015).

6.1. Nécessité d'une alternative, pour choisir

L'hôpital est aujourd'hui la seule issue institutionnalisée, connue, pour « accueillir » la folie. Lorsque nous ne sommes plus autonomes en société, l'hôpital n'est pas un choix, c'est une contrainte :

Ce serait peut-être des personnes qui se diraient "j'arrive plus à m'occuper de moi, ou je sais plus du tout où j'en suis", du coup qui penseraient à l'hôpital psychiatrique ; mais qui préféreraient qu'il existe une alternative qui ne les menacerait pas forcément de SDRE [Soins sans consentement sur Décision d'un Représentant de l'Etat]. E5_SPLDR_2019

De plus, les personnes qui présentent des troubles psychiques n'ont pas nécessairement dans leur entourage des personnes, à défaut de les comprendre, à même de les accepter telle qu'ils sont, de leur permettre de vivre avec leurs troubles sans avoir besoin de se justifier, ou d'avoir le souci d'imposer leur fonctionnement atypique aux autres. Si les « proches » peuvent « accueillir » la folie, cela peut aussi mal se passer :

Souvent les gens qui se retrouvent à l'hôpital c'est parce que les proches craquent et appellent les pompiers. [...] Si la personne fait appel à l'équipe psychiatrique, parfois c'est aussi parce qu'ils ne connaissent pas donc ils se tournent vers la psychiatrie parce qu'ils n'ont pas d'alternative. E6_PsychiatreNPNLDR_2019

Le lieu de répit est une alternative nécessaire, pour que les gens qui sont dépendants, qui n'ont pas (ou plus) de proches disposés à les accueillir et qui sont en rejet du fonctionnement de l'hôpital, « ne se retrouvent pas dans des situations de précarité mentale ; ça permettrait d'avoir moins de gens dans la rue » (parent personne concernée).

Le lieu de répit est une alternative nécessaire, pour que les gens puissent *choisir* d'aller à l'hôpital, ou dans un espace différent :

Il y a des gens qui ont plus peur de l'aspect alternative à la psychiatrie, pair-aidance, que de la psychiatrie, ils sont rassurés par le côté docteur, psychologue, parce que c'est des gars, des cases, des métiers connus, ils vont plutôt être en demande de l'équipe psychiatrique, plutôt que de pair-aidant E6_PsychiatreNPNLDR_2019

Nous allons à présent succinctement décrire le mode de prise en charge de l'hôpital ; et l'accompagnement au lieu de répit, centré sur la « pair-aidance », ou le partage d'expériences de précarité – troubles psychiques, la rue, etc.

Nous définissons les travailleur.ses *statutaires* comme les personnes qui ont réalisé un parcours de formation traditionnel, ici en psychiatrie, pour ensuite incarner le statut professionnel associé à leur diplôme. Les travailleur.ses *pair.es* sont les personnes dont le statut n'est pas dépendant d'une formation ou d'un diplôme, mais plutôt d'une expérience (ici

de trouble psychique) transformée en statut professionnel. Il s'agira ici de définir la signification et les implications pratiques de ces deux types de statuts.

6.2. Portrait du/ de la travailleur.se statutaire

6.2.1. Prendre en charge

Avec l'existence du lieu de répit, les gens peuvent davantage choisir l'hôpital, choisir d'être considéré.es comme des *objets* par les travailleur.ses statutaires :

Nous on axe sur une forme de protection, quand on est plus maitre de soi, on a besoin que les autres soit là, que ce ne soit plus basé sur l'autonomie de la personne, la personne peut dire moi quand je suis comme ça, je perds le contrôle, je veux qu'on s'occupe de moi, être passif.
E6_PsychiatreNPNLDR_2019

Ce.tte psychiatre décrit un mode d'accompagnement déterministe ou hiérarchisé, le/ la professionnel.le décide, est autonome, prend en charge l'utilisateur.e qui, passif.ve, reçoit un traitement. Selon son témoignage, ce mode de « prise en charge » peut convenir à certaines personnes, dans certaines conditions.

6.2.2. Pathologiser

Avec l'existence du lieu de répit, les gens peuvent davantage choisir l'hôpital, choisir d'être considéré.es comme des « dysfonctionnements » :

On est beaucoup [en tant que psychiatre] sur ce qui dysfonctionne, on est obligé d'écouter la souffrance et de proposer des solutions à la souffrance, on appui beaucoup sur les solutions. (Id.)

Les personnes présentant des troubles psychiques sont réduites à l'état d'anomalie à corriger, le/ la travailleur.se statutaire met en place un traitement deshumanisant de la folie. A l'inverse, le/ la travailleur.se paire va plutôt « s'appuyer sur la personne, ce qu'elle sait et a envie de faire, sur le renforcement positif de ce qu'est la personne, sur l'espoir » (Id.). Alors qu'être psychiatre ne nécessite pas d'avoir préalablement vécu une expérience de trouble psychique, c'est une condition fondamentale pour devenir travailleur.se pair.

6.3. Portrait du/ de la travailleur.se pair.e

Présentation de l'association de pair.es aidant.es « ESPER Pro »

« L'association ESPER Pro développe une plateforme régionale de « pairs ressources ». Elle est spécialisée dans la professionnalisation du travail pair, c'est à dire l'accès et le maintien en emploi des pair.es aidant.es, ainsi que le développement d'une communauté de pratiques autour de la transmission du « comment acquérir » le savoir expérientiel aux personnes concernées par les troubles psychiques. Ainsi, à travers le partenariat qui lie ESPER Pro et le

Lieu de répit, l'association soutient le dispositif concernant, spécifiquement, la professionnalisation et l'accompagnement des travailleur.ses pair.es recrutés par l'association JUST. Convaincue par la nécessité de projets comme le Lieu de répit, sur le plan de l'innovation et de la modernisation du système de santé, ESPER pro envisage de poursuivre son engagement auprès du LDR. Pour la plateforme et les travailleur.ses pair.es, ce dispositif constitue par ailleurs un terrain d'immersion captivant, favorable à la définition des compétences et des profils professionnels » (ESPER Pro).

Depuis 2012, le concept du rétablissement s'impose peu à peu dans les soins en santé mentale. Parallèlement, la législation et les politiques de santé ont renforcé les droits des patient.es et elles incitent les professionnel.les de santé à les respecter et les défendre. Par ailleurs, ces dernières années, l'intérêt porté au savoir expérientiel s'est affirmé. Pour accompagner les personnes qui vivent avec une problématique de santé psychique, une nouvelle catégorie de professionnel.les voit le jour dans les services : **les médiateur.trices de santé / pair.es (MSP ou MDSP)**. Iels favorisent la participation des personnes soignées pour tout ce qui les concerne directement.

Dans la pratique, les MSP mettent à profit leur savoir expérientiel, dont iels se servent comme un outil de travail privilégié favorisant le rétablissement. Ainsi, le la médiateur.trice de santé met son expertise au service des personnes concernées et iel la partage avec les professionnel.les de santé avec lesquels iel travaille. Les MSP incarnent l'idée qu'il est possible de surmonter les conséquences des troubles et des symptômes sur le quotidien et qu'il est tout à fait envisageable de vivre une vie satisfaisante malgré les limites imposées par la maladie. Ainsi, iels luttent contre les représentations sociales négatives et la stigmatisation, et véhiculent de l'espoir, en permettant aux usager.es une identification positive par le soutien qu'iels apportent aux personnes qu'iels rencontrent. A travers leurs trajectoires de vie, les MSP montrent différentes voies possible de rétablissement. Iels suscitent le « pouvoir d'agir » de leurs pair.es, et apportent une complémentarité (ou une alternative) aux pratiques professionnelles institutionnalisées, et à la « nature » de la relation hiérarchique d'aide de type « soignant / soigné ». En effet, la relation horizontale que nous tentons d'instaurer doit favoriser le lien, les échanges et elle met l'accent sur le caractère individuel de l'accompagnement. Ainsi, nous constituons progressivement une « clinique de terrain », sans pronostic, ni directive d'action préétablie, où l'adaptabilité et le développement du savoir-être sont prioritaires. Ce positionnement doit faciliter l'émergence du savoir expérientiel enfoui en la personne soutenue, en partageant les bénéfices d'un apprentissage réciproque et d'une

confiance mutuelle. L'objectif est de permettre à la personne de prendre sa place au centre du projet de soin et du parcours de rétablissement.

Au-delà du soutien qu'ils apportent, les MDSP favorisent l'accès à la citoyenneté des personnes en faisant un plaidoyer à travers différentes instances de communication (colloques, formations, etc.) et groupes de parole orientés auto-support. Ils veillent également à ce que le parcours de santé ne se limite pas aux soins du secteur psychiatrique, en intervenant au cœur de la cité et en incitant les personnes à s'investir dans des activités stimulantes et variées (musique, culture, sport, etc.).

Source : <https://esperpro-mediateur.fr/mediateurs-sante-pairs-sante-mentale/>

Bien que quelques initiatives existent déjà dans des équipes de soins ambulatoires, 2012 marque le début de l'activité professionnelle des usager.e.s dans le domaine de la santé mentale en France. Depuis cette date, le savoir expérientiel s'est affirmé comme un nouvel outil à disposition des publics qui rencontrent des difficultés dans l'accès aux soins. Le rôle des pairs aidants en ce qui concerne l'information et la sensibilisation en santé s'est progressivement légitimé (Loi 2005-102 du 11 février 2005 et Loi 2009-879 du 21 juillet 2009). Dans le champ de la santé mentale, le métier de médiateur.trice pair.e, par exemple, participe au décloisonnement des pratiques professionnelles, et encourage un décentrage de la position disciplinaire en valorisant les échanges et l'authenticité relationnelle (Demailly et al., 2014). Quoi qu'il en soit, il semblerait d'après un.e médiateur.trice santé pair.e, que « c'est un métier qui n'est pas reconnu, mais [que] ça se démocratise de plus en plus, en tout cas en santé mentale en France » (Gardien et Laval, 2018).

6.3.1. *Savoir expérientiel*

Pour être travailleur.se pair.e, il faut avoir vécu une expérience de trouble psychique, mais cela n'est pas suffisant (Godrie, 2016) :

C'était de dire que des personnes qui ont vécu les symptômes, ils n'ont pas forcément le savoir expérientiel à transmettre comme il faut, parce qu'ils sont encore tellement pris dedans, ils n'ont pas encore pris le recul E7_SPNLDR1_2019 ;

Par rapport à l'accompagnement des personnes, si je vois que ça fait trop miroir [avec moi], je passe le dossier, si ça touche trop l'affect, que ça me rappelle du vécu où je suis trop fragile, où j'ai pas cicatrisé de mes blessures ou de mes déclencheurs. E8_SPLDR-2019

« Prendre du recul », « cicatriser », apprendre ou acquérir un pouvoir de son expérience, semble être une condition de l'apprentissage d'un savoir expérientiel, de sa transmission :

Toute l'équipe du LDR tirent leur savoir de leur expérience, par exemple la rue, [...] la maladie psychique, ils apprennent de leur expérience, ils mettent en place des choses, ce qu'ils ont appris de leurs expériences, pour éviter de faire les mêmes erreurs. E9_PCLDR_2020

Le statut de travailleur.se pair est atypique, contrairement par exemple à un statut de psychiatre, institutionnalisé par une formation académique, il est fondé sur l'expérience propre, et est donc dépendant de la définition qu'en donne la personne qui l'incarne :

Comme les gens me connaissent je suis "[prénom] de [institution]", ce qui me permet de transmettre des choses, les autres collègues sont définis par leur statut. Je me suis auto-formé sur ce qui est médication, sur le plan de rétablissement, sur les directives anticipées, une des compétences du médiateur c'est de créer sa fiche de poste avec des compétences qu'on peut développer ou avoir. C'est toujours en construction. C'est une expérience qui se module au fur et à mesure, c'est évolutif, ce n'est pas arrêté comme une personne avec un statut type psychiatre E10_SPNLDR_2021

Lorsque nous sommes travailleur.se statutaire, nous sommes contraint de séparer le « professionnel » du « personnel », afin d'incarner la distance nécessaire à une prise en charge objectiviste ou déshumanisée des personnes concernées : il s'agit de marquer « la différence entre "faire" et "être", on nous demande de ne pas "être" » E11_SPLDR_2020. En d'autres termes, « dans des endroits institutionnalisés, l'intime va apparaître de manière formelle » E1_SPLDR_2020.

Si le/ la travailleur.se pair définit lui/ elle-même la définition de son statut, cela implique d'incarner dans son corps ses idées, car il s'agit « de savoir de sa propre chair de quoi on parle avec les gens » E1_SPLDR_2020. La contrepartie est de ne pas être capable de distinguer le « professionnel », du « personnel » :

Je ne suis pas juste éducatrice au LDR, c'est tout le temps-là, c'est mon identité. On me demande de séparer les deux, mais ce n'est pas possible c'est moi. E11_SPLDR_2020 ;

Ceux qui ne clivent pas le personnel et le professionnel, et donc qui mettent de l'humanité dans ce qu'ils font, ils font un boulot plus "vrai" que ceux qui cloisonnent et disent que le personnel ne rentre pas dans la vie professionnelle. Tu vas pouvoir échanger des expériences personnelles avec un usager, tu crées un climat de confiance, tu te dévoiles à lui et lui va peut-être plus facilement pouvoir se dévoiler ensuite, moi je n'arrive pas à saisir la volonté de cliver les deux. E12_SPLDR_2020

Décloisonner le professionnel du personnel est une des conditions pour placer l'intime au centre du travail :

Ça demande beaucoup d'expériences de pouvoir injecter son intime dans la rencontre avec les autres, ça demande de savoir ce qui s'est passé pour soi, ça demande une énergie, une confiance en soi particulière, pour amener les personnes à mettre des mots sur leurs émotions, ce qui se passe pour elles. E1_SPLDR_2020

6.3.2. *Anti-pouvoir*

Le discours d'un.e travailleur.se pair est donc reconnu comme un discours « subjectif », qui va s'opposer au discours « objectif » de la psychiatrie :

C'est un jugement subjectif, ce n'est pas comme "le psychiatre dit que, alors c'est ça". Ce n'est pas du tout ce qui est recherché, c'est l'ouverture. Moi je suis le seul médiateur dans l'équipe, quand tu as une idée, "il faut hospitaliser pour telle ou telle raison", ça fait 4 mois que je leur dit il faut l'hospitalisé, mais moi j'ai moins de crédit, une psychiatre arrive dans l'équipe dit la même chose, l'équipe dit "ok, on le fait". Exemple concret, alors qu'on a des arguments, on dit la même chose, on le connaît. Elle a dit ça, les gens ont dit ok sans rechigner. Si tu n'as pas cette position-là de médiateur, tu peux être détendu, plus relax, "tu fais". E10_SPNLDR_2021

Cet extrait d'entretien illustre l'idée qu'alors que le/ la médiateur.trice est proche de l'expérience de trouble psychique, qu'iel l'a vit lui/ elle-même, son avis à propos de la décision d'hospitalisation d'une personne a moins de valeur que celui d'un.e psychiatre, une personne qui ne vit pas nécessairement de troubles psychiques, mais qui a le diplôme qui lui permet d'asseoir un avis « objectif » sur la question. Il est (entre autres) là, le biais patriarcal de notre société : la valeur d'un discours se mesure à la distance de l'expérience (donc de l'émotion et du ressenti), formalisée par un diplôme, d'où parle le/ la locuteur.trice (Zerbib, 2019). En d'autres termes, la valeur d'un discours ne se situe pas avant tout dans le fait de vivre, pour soi-même, l'expérience dont on parle ; la valeur d'un discours se situe avant tout dans le fait de détenir le diplôme et le statut qui en découle, qui lui octroiera un caractère sacré ou peu discutable¹⁹.

6.3.3. *Anti-statut*

Le statut de travailleur.se pair s'inscrit pour ces raisons dans une logique « d'anti-statut », il permet de donner de la valeur à l'expérience subjective ou personnelle, que nous faisons toutes, et donc au savoir expérientiel, plutôt qu'à des diplômes dont l'accès est socialement déterminé (Bourdieu, Passeron, 1964), et qui alimentent des inégalités sociales et des violences, entre les personnes qui les détiennent et qui du même coup sont détenteur.trices du langage légitime ou du fantasme de la « vérité objective » ; et les autres, qui doivent s'y assujettir.

L'avantage de l'anti-statut, c'est la proximité entre le/ la professionnelle et les personnes concernées, permettant de se comprendre à travers des expériences partagées, ressenties dans la chair :

Ma position de médiateur pair, c'est bien pour comprendre [les personnes concernées], ça peut apporter la proximité car tu peux avoir plein de points communs, existentiel, expérientiel, la connaissance de la rue. (Id.)

¹⁹ Il devrait être un non-sens que des psychiatriques ne présentent pas elleux-mêmes des troubles psychiques. Tout comme il devrait être un non-sens que des personnes en charge de politiques publiques pour les personnes précaires, décident de la politique des minimas sociaux alors qu'iels ne vivent, ou n'ont pas vécu, la pauvreté à un moment de leur vie.

Être travailleur.se pair, c'est être à l'écoute de soi-même, être conscient de soi, mais aussi être sensible à l'autre. Puisque c'est l'intime qui est au centre du travail, il faut constamment rester vigilant à ne pas dire, ou faire dire à l'autre ce qu'il n'est pas en mesure d'entendre, ou de dire. Contrairement au travailleur.se statutaire qui peut se permettre d'être plus a-sensible à l'autre, plus autonome, cause prise en charge médicamenteuse ou centrée sur la pathologie, le/ la travailleur.se pair doit être sensible aux questionnements suivants :

Qu'est-ce qu'on partage ? Jusqu'à quel point la personne a besoin de verbalisation de son expérience ? parfois fois oui, parfois non. Comment tu arrives à identifier, si ce n'est pas exprimé directement par la personne, qu'est-ce que la personne recherche et peut verbaliser ?
E13_SPLDR_2020

Etre travailleur.se pair est une position hétéronome, elle est toujours-déjà dépendante de la sensibilité à la personne que nous avons en face : « ce savoir expérientiel là, il y a des moments où je ne m'autorise pas à partager ces expériences, je ne sais pas a priori jusqu'à quel point je peux m'autoriser » E11_SPLDR_2020, c'est une relation à construire avec la personne, non déterminée à l'avance.

Le désavantage, c'est également la proximité entre le/ la professionnelle et les personnes concernées, le/ la travailleur.se pair étant par définition (sociale) instable :

À côté c'est insécurisant, car la personne en face peut vouloir voir juste quelqu'un qui n'est pas malade en fait, voir des professionnels de santé, travailleurs sociaux. Parfois il y a des personnes qui veulent être pris en charge, rassurés par des professionnels qui n'ont rien de particulier
E10_SPNLDR_2021 ;

Parfois ça te revient un peu à la gueule [l'anti-statut], face à l'équipe ou autres institutions. En général je préviens l'équipe quand je ne suis pas dans une bonne humeur mentale, faut pas hésiter. Je ne vais pas aller me mettre en arrêt maladie ni rien, ce n'est pas ça, mais être lucide quand je peux apporter quelque chose et quand ce n'est pas possible. Il vaut mieux un peu de distance quand je ne suis pas bien, car j'ai ce lien de proximité qui forcément impact les personnes
E10_SPNLDR_2021

Nous avons pu approcher une opposition, et donc nécessairement un rapport de pouvoir entre les deux postures décrites dans cette partie : une étude « d'impact » (programme de recherche du PREPS) pourrait appréhender plus finement le jeu de ces positionnements, si le fonctionnement du lieu de répit centré sur la « pair-aidance » se démocratise. Les questions qui se posent désormais, et qui entrent dans le cadre de la recherche action participative au lieu de répit, sont les suivantes : comment mesurer l'évolution de la structuration du lieu de répit ? Quel « idéaltype » (Weber) structurel permettrait de faire exister l'accompagnement « pair », tel que décrit dans cette partie ?

7. PROCESSUS DE STRUCTURATION DU COLLECTIF DU LIEU DE REPIT : REJET ET/ OU ASSIMILATION AU SYSTÈME ?

Le processus de « RECHERCHE-ACTION PARTICIPATIVE » (p. 19) a soutenu la structuration du modèle dans le temps, et a permis une évaluation située (Vial, 2012) des pratiques. Trois grandes étapes de structuration émergent de l'analyse des entretiens menés entre 2018 et 2020. Elles portent toutes en elles un questionnement sur la place et l'identité du LDR dans le champ de la psychiatrie. Comment se construire, se définir, en tant qu'alternative à l'hospitalisation, tout en espérant intégrer le dispositif dans le système de soin en santé mentale ? Comment définir ses pratiques, innovantes donc neuves, non stabilisées, en opposition de l'hôpital, tout en se maintenant dans une politique de santé préalablement définie ? Ce sont tous les enjeux de ces questions qui ont traversé la structuration du LDR. Intégrer un nouvel outil de soin dans un système qui demande à se redéfinir, tout en maintenant une position critique, sans rejeter dans sa globalité une institution (l'hôpital psychiatrique) qui répond encore à des besoins. Le processus d'institutionnalisation du lieu de répit est particulier, il s'agit de l'institutionnalisation d'une « anti-institution » :

L'intérêt c'était de faire un projet pour des gens qui rentraient pas dans les cases, il fallait donc que le projet ne rentre pas dans les cases, ce que voulait l'ARS, si on essayait de le rigidifier, forcément il y aurait des gens à côté de cette case. E4_AnthropologueNPNLDR_2020

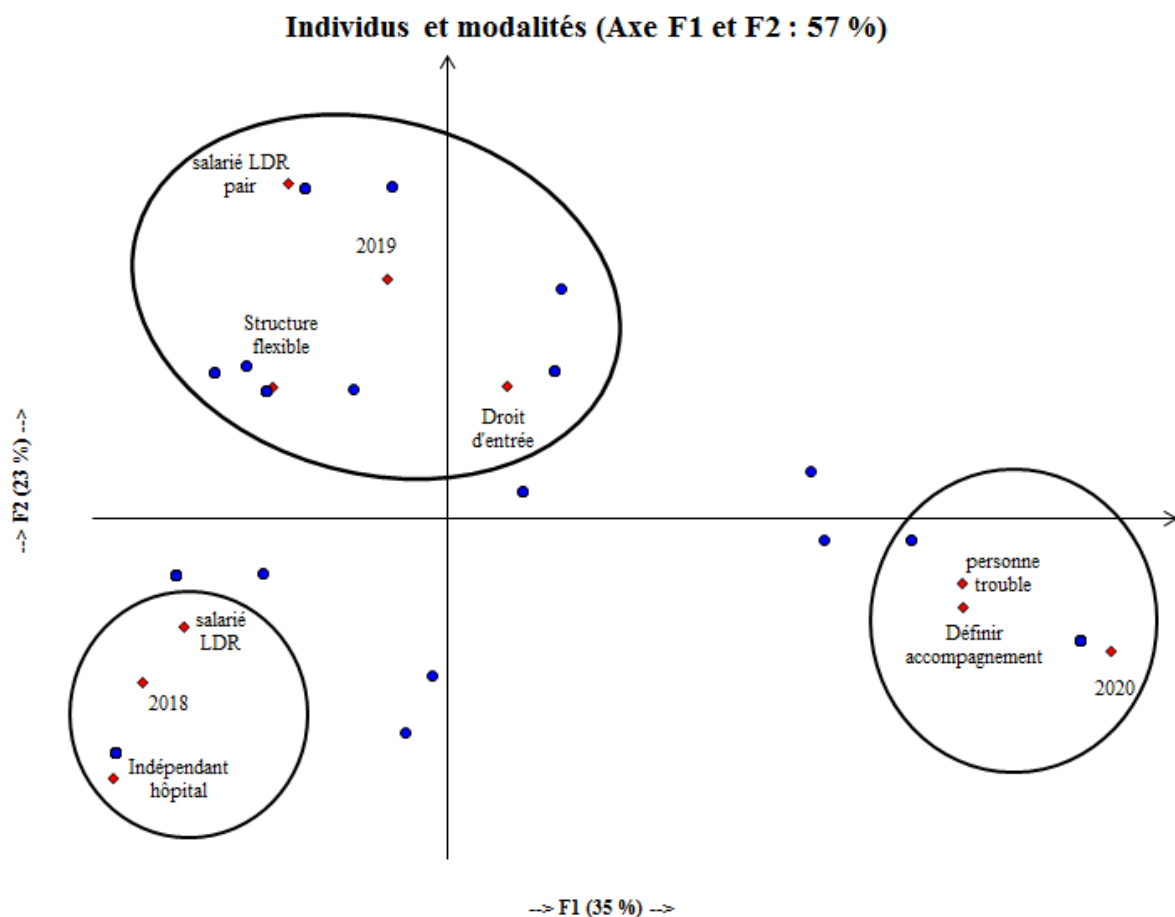
Il s'agit de s'assimiler au fonctionnement traditionnel des institutions, c'est-à-dire de mettre en place des statuts salariés, tout en veillant à ne pas s'assimiler au fonctionnement classique d'un statut qui marque le pouvoir de la personne représentante de l'institution sur la demande – cf. « Portrait du/ de la travailleur.se statutaire » p. 33. Il s'agit plutôt de veiller à la mise en place « d'anti-statuts » (cf. « Portrait du/ de la travailleur.se pair.e » p. 33), entre autres dont la signification n'est jamais fixée et qui ne créent pas de distance ou de hiérarchie entre l'offre et la demande, entre les personnes qui accompagnent et les personnes concernées par des troubles psychiques. En somme, il s'agit de faire structure, se conformer, mais surtout *réapproprier* le fonctionnement de la psychiatrie institutionnelle, en veillant à une certaine flexibilité pour garantir le projet d'individualisation (cf. « RETABLISSEMENT AU LIEU DE REPIT : "LA SOLUTION, C'EST LE PROBLEME" ? » p. 61), propre à l'identité d'une alternative au système, ici le lieu de répit :

S'il existe une puissance d'agir, on la trouvera, paradoxalement, dans les possibilités ouvertes dans et par cette appropriation contrainte de la loi régulatrice, dans et par la matérialisation de cette loi, l'appropriation et l'identification obligatoires avec ces exigences normatives (Butler, 2009, 27).

Pour ce faire, nous avons réalisé une analyse par correspondances multiples, couplée à une classification ascendante hiérarchique afin de typologiser les discours tenus par des personnes directement impliquées au lieu de répit. Il s'agit de montrer l'évolution des discours, ou des retours sur l'expérience de structuration du lieu de répit entre 2018 et 2020.

Afin de mettre en évidence, entre 2018 et 2020, le processus d'institutionnalisation du lieu de répit, à l'aide du logiciel Statbox, nous avons effectué une analyse par correspondances multiples (ACM) à partir d'une matrice composée de 77 lignes (unités de sens) et de 3 colonnes (les variables [ANNEE] ; [STATUT] et [STRUCTURATION]).

Figure 1 – Plan principal de l'Analyse par Correspondances Multiples (ACM) des modalités caractérisant la structuration du lieu de répit



Les effectifs des modalités actives en présence (N=77) sont relativement faibles. Nous avons donc utilisé les valeurs-test (au seuil $\alpha=0.05$) pour déterminer la significativité des modalités contribuant à la construction des axes de l'ACM (Lebart, 1995, p. 125). Nous avons réalisé une classification ascendante hiérarchique (CAH) à partir des coordonnées des modalités des deux premiers axes de l'ACM, qui expliquent à eux seuls 57% de l'inertie du nuage. Trois classes se dessinent, nous les présentons dans les parties qui suivent.

7.1. 2017-2018 : Se définir indépendamment de l'hôpital

Extraits du rapport intermédiaire « Lieu de répit : un projet participatif pour une transformation sociale – 20 juillet 2020

Les débuts du projet sont riches d'espoir et générateurs d'idées audacieuses. Une cinquantaine de personnes, avec une forte participation d'usagers, d'aidants et de professionnels militants, sont réunies autour d'une volonté d'alternative à l'hospitalisation pour les personnes en crise psychique et sans abri. L'objectif consiste d'abord à proposer un modèle différent du système de soin habituel. L'hypothèse formulée est que le dispositif est en capacité de réduire le nombre et la durée des hospitalisations, ainsi que le recours aux soins sans consentement, à l'isolement et à la contention. Depuis, cet argumentaire est transversal aux changements d'équipe ou de modèle d'intervention. Les entretiens menés à cette époque font ressortir un fort sentiment d'appartenance communautaire (McMillan et Chavis, 1986 ; Speer et McMillan, 2008). Dès le départ, une attention est accordée au renforcement du pouvoir d'agir (Ninacs, 2002) de toutes les acteur.trices concerné.es, notamment celles ayant un vécu de troubles psychiques. Des étudiant.es, des chercheur.ses, engagé.es dans une démarche de recueil de données par observation participante font partie de ce groupe initial. Cette période est propice à l'empowerment individuel (Ninacs, 2002), et collectif (Onken et al., 2007). Les projets se développent pour les individus (accès au logement, formation, engagement associatif, projets culturels, etc.) ; comme pour la communauté (voyages d'études, participation à des conférences, organisation de temps de formation, etc.). La recherche occupe une place reconnue et participe de cette émulation, par exemple lors d'une invitation à participer à une conférence universitaire.

La première classe regroupe 32 unités de sens, formulées par 10 individus – essentiellement des salariés non-pairs du lieu de répit. Elle révèle que 2018 fut l'année de début d'autonomisation du lieu de répit. Il a fallu se poser différemment de l'hôpital, se poser en indépendance au « médical » :

Quand on est sur des questions de soins, sur des questions médicales, ce n'était pas du ressort du LDR, en matière de soin on ne possède rien de particulier. On est là avec nos forces vives mais on n'est pas orientés soins, ni médical et encore moins soins psychiatriques. E14_SNPLDR_2018

Le lieu de répit axe son accompagnement de personnes concernées par des troubles psychiques sur l'humain, sur l'individualisation, et non sur le médical à proprement parler, c'est-à-dire dans une perspective d'hospitalisation et médicamenteuse. Il s'est alors posé la

question suivante : « Est-ce que vraiment on est contre l'hospitalisation, qu'on ne doit pas le faire, dans aucun cas ? » E15_SNPLDR_2018

7.1.1. Se défaire de l'hospitalisation

Suite à la crise d'une personne accueillie au lieu de répit, l'équipe accompagnante s'est alors confrontée au problème de l'hospitalisation :

Toutes les décisions doivent se faire en sociocratie. Ce n'est pas comme si y avait un chef de service à qui on dit "oh y a tel débat dans l'équipe, tranche !". Ce n'est pas possible dans la structuration actuelle du Ldr d'aller voir quelqu'un pour trancher. Effectivement l'hospitalisation de X ne faisait pas consensus dans l'équipe. Pour moi, ce n'est pas à moi, à nous, de prendre la décision, c'est au médecin, t'as plus de compétences et largement plus de responsabilités pour dire il faut le faire que moi salarié du Ldr. E16_SNPLDR_2018

Le lieu de répit, nous allons le voir plus en détail ultérieurement (cf. 7.3.3 p. 51), prône une structure ouverte, sans chef.fe, et surtout sans médecins. Comment prendre la décision d'hospitalisation d'un individu dans un cadre où la fois il n'y a pas de chef.fe, qui plus est sans une personne statuée pour prendre une décision traditionnellement d'ordre médical ? C'est là une limite du lieu de répit à cette étape de sa construction. Si les personnes présentes sur le lieu de répit ne peuvent pas prendre la décision d'hospitalisation, il faut penser le lieu en lien avec la psychiatrie relativement « traditionnelle », s'il veut être indépendant du « médical » en interne :

Sur ça, je pense qu'il faut qu'on délègue certaines prises de décisions à MARSS [équipe mobile de psychiatrie], ce n'est pas à nous de le faire. On leur dit venez, observez, et décidez si c'est nécessaire ou pas d'hospitaliser. Au bout du compte, on culpabilise parce qu'on le fait. (Id.)

La décision d'hospitalisation apparaît donc être un élément de délimitation de l'autonomie du lieu de répit. Au-delà de cet exemple, en toile de fond, il s'agit de poser la question suivante : qu'est ce qui est traditionnellement de l'ordre du médical, et peut être, ou non, assumé par des non-médecins au Lieu de répit ? Cette idée amène à une nouvelle question : « Est-ce que vraiment on est contre les traitements, et que personne doit en prendre ? » E15_SNPLDR_2018

7.1.2. Dégressivité du traitement

Se poser indépendamment de l'hôpital, c'est se poser indépendamment de la prise en charge à l'hôpital, qui se fonde sur la souveraineté du médicament. Au lieu de répit, « le traitement, c'est une étape, mais pas une fin en soi » E17_SNPLDR_2018

Le lieu de répit semble choisir l'axe d'être contre le traitement, c'est-à-dire pour un rapport au traitement dégressif :

Les gens par rapport aux traitements, je ne sais pas si c'est bien "éduquer", mais enfin les aider à s'en passer peut être petit à petit, peut-être leur permettre de gérer, gérer leurs troubles et tout ça. Moi c'est comme ça que je vois le truc, ce n'est pas de dire "pas de traitements".
E15_SNPLDR_2018

Diminuer progressivement le traitement pour permettre aux gens de travailler sur leurs troubles psychiques, est un autre élément de délimitation de l'autonomie du lieu de répit. Enfin, un troisième et dernier élément permet de donner à voir quelques aspects de l'identité du lieu de répit : questionner son langage et la pratique d'accompagnement.

7.1.3. Langage et pratique inclusive

Se définir indépendamment de l'hôpital, c'est également changer ses pratiques d'accompagnement. C'est définir un « plan de rétablissement » :

Je me sens de ça, de parler du plan de rétablissement et que ça, ça serait le truc avant qu'on commence à faire des interventions, ça aurait été cool qu'on puisse se former à ça quoi.
E18_SPLDR_2019

C'est valoriser la verbalisation avec « l'open dialogue » :

[À-propos du plan de rétablissement] Que ça se mette en lien avec le modèle d'intervention qu'on a, ou qu'on a pas, donc le travail qu'on a fait ou qu'on a pas fait, concrètement sur l'open dialogue, l'IPS... Parce que par exemple, pour le peu que j'en sais de l'Open Dialogue, de mémoire, c'est expérimenter dans des cadres particuliers, avec un modèle d'intervention bien défini etc, qu'on commence à un peu voir, mais qu'on n'a pas encore mis en place. E19_SNPLDR_2018

C'est valoriser l'introspection et le travail sur soi :

Ça me paraît important que chaque habitant ait son cahier perso, ne serait-ce que parce que ça le fait participer et de voir avancer son chemin. E17_SNPLDR_2018

Se définir indépendamment de l'hôpital, c'est également adopter un langage inclusif :

Sur mon implication au LDR, parce que je voulais m'impliquer dans un projet qui avait une utilité sociale, où j'avais l'impression de me retrouver dans des valeurs et en fait ces valeurs soi-disant partagées, quand je lis des choses comme "les gens ne sont pas adaptés", en fait je lis des choses où je ne vois plus la personne qui est acteur et qui est sujet, on passe notre temps à entendre "je vais prendre untel, l'amener ici". Et je vous dis j'aimerais bien, je suis pas dans une critique négative, j'aimerais bien reprendre ces traces et d'où l'importance de ces mots, et certains vont me dire on s'en fou c'est les actions qui comptent, mais le fait que ce soit retraduit dans les courriels, où encore une fois les gens sont souvent des objets et où on avait dit qu'on parlait pas en l'absence des gens, mais quand je vois tous les mails et les infos qui circulent, c'est plus 3min, c'est 5h dans la semaine qu'on parle des gens par mail en leur absence. E20_SNPLDR_2018

Le « faire » est aussi important, voire n'a pas de sens sans « le dire », et inversement. C'est un non-sens de définir un rétablissement qui cherche à tenir compte des personnes accueillies comme personnes (ou sujettes), et plus seulement comme personnes touchées (objets) ; et de

parler des gens en leur absence²⁰, ou sans les inclure, tout en utilisant le « jeu de langage » (Wittgenstein) objectiviste de l'hôpital.

Le lieu de répit, en se posant indépendamment de l'hôpital, ne peut pas accueillir n'importe qui. Penser le droit d'entrée du lieu de répit, c'est penser entre autres quelles pathologies est-il possible d'accueillir dans le lieu, mais également qui est socialement fait.e pour être considéré.e comme sujet.te. Ces questionnements permettront de réduire la dépendance à l'hospitalisation, au traitement et à la prise en charge deshumanisante ; permettront donc de réduire la dépendance à l'hôpital.

7.2. 2018-2019 : Définir le droit d'entrée

Compte rendu d'une réunion du GRAP – 26 juillet 2019

Une réunion tripartite « recherche – intervention – conseil d'administration », acte l'élargissement des critères d'inclusion. Au départ, le lieu était prévu pour accueillir des personnes « ETHOS 1 et 2 » (personnes vivant à la rue) : le collectif décide d'élargir jusqu'à « ETHOS 7 », c'est-à-dire d'inclure des personnes pouvant avoir un hébergement, mais non pérenne. Puis, le 19 septembre, le groupe de recherche-action²¹ valide la suppression des critères ETHOS (liés à la situation d'hébergement), au profit d'une échelle d'inclusion sociale (M-CAS). Ces changements modifient fortement le type de public orienté vers le LDR, font de 2019 l'année de définition du droit d'entrée, et de la structure sociale du lieu de répit.

La seconde classe regroupe 29 unités de sens, formulées par 12 individus – essentiellement des salariés pairs du lieu de répit.

7.2.1. Être disposé à la liberté

Se poser indépendamment de l'hôpital, implique de se poser les questions suivantes :

Est-ce qu'à un moment, il ne va pas falloir sélectionner mieux les personnes qui arrivent au lieu de répit ? Est-ce qu'on ne va pas être obligés de faire une sélection plus stricte des personnes qui vont être incluses dans le projet ? E15_SNPLDR_2018

En 2019, les discours convergent sur la question du droit d'entrée au lieu de répit. Si l'utopie est de pouvoir accueillir toutes les personnes, E15_SNPLDR_2019, la réalité en est autrement,

²⁰ Un des principes de la pratique de l'Open Dialogue mise en œuvre au Lieu de Répit.

²¹ Ce groupe est composé de deux chercheurs seniors, deux chercheurs juniors, le.a coordinateur.ice du dispositif, deux bénévoles du GRAP. Parmi ces personnes trois sont directement concernées par les troubles psychiques.

puisque le lieu de répit est situé idéologiquement ; puisqu'il s'agit de mettre la liberté des sujets et la verbalisation au centre :

Quand l'autre n'est pas armé pour la verbalisation, il y a le risque de faire plus de mal à la personne que de mieux. J'ai peur des conséquences de trop verbaliser. E11_SPLDR_2020 ;

Ce n'est pas fait pour certains, l'aspect liberté, et je ne pense pas que c'est lié uniquement à des problèmes psychiques. E21_PCLDR_2020

La liberté est une manière d'être défendue par le lieu de répit qui ne convient pas à toutes, qui peut être perçue comme un « vide » par des personnes attachées à des cadres normatifs. L'équipe du lieu de répit a été confrontée récemment (2021) à des expériences d'accueil de personnes pour qui la liberté permise par le lieu a été trop compliquée à gérer. Confrontées à des possibilités d'expression inédites, ces personnes n'ont pas pu intégrer les principes de la vie en collectivité²². Dans ces conditions, la « contrainte » de l'hôpital peut être condition de « liberté » pour celles qui ne veulent, ou ne peuvent pas être singulières :

La troisième fois c'est moi qui ai demandé à être hospitalisée. Parce que je voulais être dans un cadre où on me donne les médicaments qu'il faut à telle heure, ne pas consommer de l'alcool, etc. E22_PCLDR_2020

7.2.2. Ne pas être trop objet de sa pathologie

Pour se rétablir, pour prendre du pouvoir sur ses troubles psychiques, il ne faut pas être totalement englué dans sa pathologie. C'est un autre élément important à considérer pour accueillir une personne au lieu de répit :

J'ai trouvé qu'une personne peut être guérie en étant là. Mais une personne qui n'a pas une grosse maladie, très importante. E9_PCLDR_2020 ;

Le Ldr n'a pas pour vocation d'être hôpital, c'est un lieu de répit pendant la crise mais pour des gens qui ont pas des pathologies comme certains, trop lourdes, qu'on n'est pas à même de gérer, qui sont violents, ces gens ne doivent pas être ici. E15_SNPLDR_2018

Il semblerait que les personnes avec un long passé en psychiatrie puissent avoir besoin de se désaccoutumer du contexte hospitalier. Le passage au lieu de répit peut alors constituer une première étape dans un parcours de soin qui s'éloigne progressivement de l'hôpital, sans pour autant le quitter complètement.

Les entretiens menés avant la fin 2019 nous ont permis d'identifier deux éléments fondamentaux pour accéder à l'offre de rétablissement du lieu de répit : être disposé à la

²² Par exemple, l'une des personnes dernièrement accueillies au LDR a eu un comportement « extrême », comme ingurgiter des médicaments qui ne lui étaient pas adressés, ou porter des masques anti-covid trouvés dans la rue. Ce comportement n'a pas permis le maintien de la personne sur le dispositif, et elle a choisi de réintégrer son domicile, confrontée à une liberté trop grande.

liberté, donc être disposé à verbaliser son intime dans un but d'autodétermination, et avoir une pathologie pas trop aliénante. Si le lieu de répit ne peut pas accueillir n'importe qui, les personnes accompagnantes ne peuvent pas être n'importe qui non plus, les travailleur.se.s statutaire (cf. Portrait du/ de la travailleur.se statutaire p. 33) sont à éviter autant que possible, les travailleurs.se.paires (cf. Portrait du/ de la travailleur.se pair.e p. 33) sont à valoriser autant que possible. Il s'agit donc de réfléchir à une structure (flexible), qui permet de faire exister ensemble des personnes accompagnantes et des personnes accueillies, qui vont construire une relation de proximité, égalitaire, de personne à personne, non déterminée à l'avance par la hiérarchie des statuts « soignant-soigné » que nous pouvons retrouver à l'hôpital.

7.3. 2018-2019 : Définir une structure flexible

Extraits du rapport intermédiaire « Lieu de répit : un projet participatif pour une transformation sociale – 20 juillet 2020

Se concrétisent les premières perspectives d'embauches pour l'équipe d'intervention. Les intérêts individuels de bénévoles qui visaient leur inclusion sociale, se heurtent au projet collectif. Des tensions importantes sont générées dans le groupe. Les discours de cette période pointent le déséquilibre entre les statuts de bénévoles et de salariés. Des membres historiques du projet n'obtiennent pas d'emploi, alors que des personnes nouvellement intégrées, qui ne sont pas issues de l'auto-support, obtiennent des postes. Le groupe RAP mène une recherche évaluative qualitative. Près d'une quinzaine de personnes s'impliquent dans le recueil et l'analyse de données. Mais début 2019, aucun des contrats de travail de l'équipe d'intervention établis initialement n'est renouvelé, marquant un tournant dans le processus d'implantation du LDR, tout comme dans la dynamique de groupe au sein du collectif. Après le départ progressif des bénévoles et le non-renouvellement des contrats salariés, les personnes accueillies s'approprient l'espace et six d'entre elles refusent de quitter les lieux. Les tensions s'apaisent quelque peu avec l'arrivée d'une nouvelle équipe d'intervention, en septembre 2019. Cette équipe, constituée majoritairement d'intervenants pairs, favorise par-là la construction d'une dynamique relationnelle particulière (Bellot et Rivard, 2007). En poursuivant l'élaboration d'un nouveau cadre de travail, et en maintenant la réciprocité et l'équité dans la relation, l'équipe d'intervention s'attelle à développer le sentiment d'appartenance communautaire.

La structuration du collectif du Lieu de répit est passée par certaines phases pour prendre la forme d'une « structure subjectiviste ». La première version du collectif se situe dans le

registre du « rêve ». Il y avait une volonté de fonctionner selon les principes de la « sociocratie », avec une horizontalité des rapports, sans pouvoir, et de manière participative où tout le monde, personnes accompagnantes ou accueillies, peuvent, à égalité, exprimer et impulser des actions à des fins de rétablissement des personnes présentant des troubles psychiques. Le principe est louable et humaniste. Dans la réalité, il en fut tout autrement, car les conditions structurelles favorisant la participation de toutes n'ont pas été éprouvées dans l'expérience, abordées de front.

7.3.1. Paradoxes de "l'égalité actée" : économie du processus de structuration

Aux débuts du lieu de répit, il n'y avait pas de statuts (salariés) :

Avant que je sois salarié [...], il y avait l'utopie d'un lieu communautaire où les gens sont bienveillants, chacun est libre de faire ce qu'il veut tant que le lieu est vivant. E14_SNPLDR_2019

En pratique, le « sans cadre » faisait norme. Il y avait un aspect positif au fait qu'il n'y ait pas de statuts, cela favorisait l'entraide et l'apprentissage : « y avait pas de salariés, on s'apprenait ce qu'il fallait faire dans telle ou telle situation » E23_BNPLDR_2019. Toutefois, il « y avait trop d'affectif partout [...], et ça gênait parce qu'on ne voyait plus clair [...] pour que, justement, il y ait à la fois cette possibilité d'affect, de souplesse et d'action » (Id.). Finalement, alors que la participation était censée être le fer de lance du lieu de répit, « les places de chacun.es étaient forcément pas claires, c'était très difficile de trouver sa place, c'était plutôt un frein à la participation, qu'un avantage » (Id.). Conséquence, le sans cadre, « ça n'a pas tenu » E14_SNPLDR_2019 « vis-à-vis des personnes accueillies » E21_PCLDR_2020 :

Il y a un manque de rigueur, ce serait bien que les repas, la vaisselle, il y ait un cadre, qu'on mange ensemble, qu'il y ait un minimum de participation. E21_PCLDR_2020 ;

Ç'aurait été essentiel de briefier l'équipe, de dire aux gens "vous êtes là pour quelque chose pas juste pour dormir sur un lit et regarder la télé" Voilà. Ya un travail à faire, voilà. Mais on ne leur a pas posé de travail. E15_SNPLDR_2019

Vis-à-vis de l'équipe accompagnante, structurellement, il y avait une sorte d'enchantement où chacun.e est libre et individu, alors même que « le collectif était géré par un chef » E14_SNPLDR_2019, « qu'il n'y avait pas de sociocratie au Lieu de répit, car les décisions elles sont prises par quelques-uns » E15_SNPLDR_2019. L'aspect « participatif » du collectif était alors une illusion, un moyen de masquer un pouvoir en place :

Des décisions sont largement prises en amont, le management participatif n'est pas efficient, on ne peut pas de manière collective prendre les décisions alors qu'au niveau managériale elles ont déjà été prises. C'est souvent l'arnaque, soi-disant tout le monde est le "collaborateur", alors qu'en fait les décisions sont déjà prises. E14_SNPLDR_2019

Par conséquent, la participation était faussement présente, elle provoquait de l'inertie :

Les réunions sont très participatives, tout le monde peut dire ce qu'il pense, argumenter, mais ça ne produisait rien, pire, plus on allait dans ce sens, plus on avait une homéostasie qui fait que rien ne se passe. (Id.)

Etant donné que les décisions étaient déjà prises en amont, après la phase de participation, quand il s'agissait de « prendre une décision, il n'y avait pas de vote, il n'y avait pas de décision prises » E15_SNPLDR_2019. Par conséquent, « chacun.e faisait comme il voulait sans avoir à justifier pourquoi il le faisait comme ça plutôt qu'une autre » E14_SNPLDR_2019.

Les débuts de structuration du lieu de répit, en prenant pour acquis ou pour une donnée la participation, sans éprouver réellement dans l'expérience les conditions d'effectivité de cette participation, ont conduit à « une sorte de plan social à ne pas renouveler les gens » (Id.) :

En sous-marin ça a créé du mal être et de l'incompréhension : cette pratique de la participation a fourvoyé tout le monde sans pouvoir déterminer de responsable. La merde était du coup participative. (Id.)

Nous nommons cette version du collectif comme « néo-libérale », c'est-à-dire qu'elle place l'individu au centre, sans réfléchir aux conditions de l'individualisation, sans permettre aux individus de réellement se confronter (ou s'acculturer) les un.es aux autres. En réaction à l'individualisme (au sens de repli narcissique) et à la déstructuration qu'ont induit l'impensé des conditions de la participation au lieu de répit ; la structuration du collectif est questionnée :

Il n'y a pas de responsabilité parce qu'elle tourne, elle a pas un point fixe, j'ai pas un regard, une critique sur mon travail et tout ça. Je vais au travail comme je vais au marché. Mais on s'occupe quand même de personnes qui sont en grande demande. Comment formaliser tout ça ? E24_SPLDR_2018

Les personnes accueillies au lieu de répit ont besoin d'un cadre pour se rétablir.

7.3.2. Paradoxes du "cadrage statutaire" : objectivisme des rôles

La seconde phase de structuration du collectif au lieu de répit, marque cette fois-ci la confrontation au problème de la structuration. C'est la fin du déni, ou du rêve, d'une participation comme allant de soi ; c'est le début des statuts salariés au lieu de répit :

Il s'est agi de rémunérer les gens, c'était difficile, des satisfactions et des déceptions, on touche aux individus et limites du collectif, il y avait l'illusion, elle a duré, puis elle a disparu. Ensuite il a fallu faire face à la réalité. Ça a compliqué la tâche du travail à faire. E14_SNPLDR_2019

Suite aux questions de rémunération des personnes accompagnantes, comme l'horizontalité des rapports (la sociocratie) n'a pas fonctionné, il s'est posé la question de la hiérarchie entre les personnes accompagnantes et hébergées au lieu de répit :

Je pense qu'à un moment, moi je n'ai rien contre les structures qui ont des hiérarchies parce que ça permet d'organiser quand on y arrive pas. E24_SPLDR_2018

Alors qu'avant structuration, il n'y avait pas de statuts, le jeu de langage prend désormais une tournure institutionnelle, statutaire :

Les professionnels sont tenus par ce secret, tu vois, professionnel qui a des choses qu'ils vont partager, ils ne peuvent pas partager avec les habitants. Tu ne peux pas causer avec cet habitant tu vois, lui transmettre toutes les informations. Ce n'est pas comme ça. L'ancienne équipe c'était ça le gros problème, tu vois. Il y a une nouvelle équipe qui est en train de faire ce qu'elle a à faire. E25_PCLDR_2019

Le secret professionnel, entre autres le secret médical, n'est-ce pas cela qui est mis en avant dans les institutions, qui permet d'asseoir un pouvoir induisant la passivité des usager.es ? Conséquence de l'opacité des relations nouvellement professionnalisées, les personnes accueillies au lieu de répit, ainsi que les bénévoles, ont pu se sentir dépossédées de leur propre rétablissement :

Quand y a eu les salariés, j'étais complètement paumé. Plus d'infos, plus rien, plus de transparence. C'est vraiment au moment où y a eu les salariés. Y a eu comme une coupure, une cassure ou je crois que les bénévoles et les résidents l'ont très mal vécu. E23_BNPLDR_2019

Selon la logique du « secret professionnel », le collectif est pré-structuré, conservateur (ou de droite), il n'y a plus la nécessité d'inclure les personnes accueillies à la participation au processus de structuration du collectif au lieu de répit. A un moment donné, les réunions n'avaient plus lieu au lieu de répit : « les réunions se passent à la ruche [espace de travail] » E15_SNPLDR_2019. Comment « faire une association de pair ou d'auto-support, et puis d'un coup imposer sur ce truc-là, un cadre médical » (Id.) ?

Avant le cadrage statutaire, il y avait une façon d'être individualiste, où chacun.e faisait ce qu'il veut, où il y avait de la participation :

Les habitants avaient déjà pris des habitudes, c'étaient des habitants-bénévoles. Ils agissaient quand il y avait un souci la nuit ou quoi, ils étaient là, c'est eux qui prenaient en responsabilités, la personne qui pouvait faire une crise. [...] ils faisaient des accompagnements à la crise, ils faisaient tu vois ? Ils étaient vraiment parti-prenante et ils participaient. (Id.)

Pour solutionner le problème des décisions qui n'étaient pas collectivement négociées et mises en pratiques, le cadrage statutaire a généré le biais opposé ; aucun espace pour l'individualité de chacun.e :

A partir du moment où y a eu une équipe salariée, qu'on a essayé de cadrer, qu'on a essayé de faire des choses, ça a pas du tout fonctionné avec le reste, la participation a disparu. Les personnes accueillies n'avaient plus de raison d'être. Ça a foutu un déséquilibre. Parce qu'on voulait faire quelque-chose qui soit plus cadré, plutôt que quelque chose qui était parti dans un sens un peu fouillis, mais quand même, qui tenait la route un peu. (Id.)

Nous décrivons dans la partie suivante la stabilisation de la structure sociale du lieu de répit. Il ne s'agit plus d'une entité figée qui règle une fois pour toutes le problème du collectif, il s'agit d'une structure en train de se faire, toujours recommencée : la structuration devient un horizon pour préserver l'équilibre précaire entre participation active de toutes, et cadrage statutaire. Mais alors, comment se concrétise ce compromis entre stabilité et instabilité, entre des statuts salariés, la structuration du collectif et la préservation des individualités ?

7.3.3. Pour une structure subjectiviste : construction toujours recommencée

La troisième phase de structuration du Lieu de répit ne cherche plus à régler le problème du collectif : « la solution, c'est le problème » (Watzlawick, 2014). La structuration du collectif devient ce que nous avons nommé une « structure subjectiviste », un horizon, une construction toujours recommencée. Il s'agit de regarder en profondeur les individualités de chacun.es, et de permettre leur coexistence, donc de permettre la neutralisation de ce qui y fait rempart. Le collectif devient un être vivant, il devient un aller-retour permanent entre des problèmes formulés, issus de l'expérience du collectif, et la mise en place de solutions, la re-définition des rôles de chacun.es.

7.3.3.1. Anti-structure

Entre la logique individualiste (cf. 7.3.1 p. 48) et la logique statutaire (cf. 7.3.2 p. 49) précédemment décrites, « comment clarifier ça, mettre en place des règles de politique de fonctionnement, tout en décidant ensemble ? » E26_SNPLDR_2018

Ce n'est pas de façon consensuelle, parce que la sociocratie ne marche pas par consensus, c'est le consentement et l'engagement, ce qui est différent. E26_SNPLDR_2018 ;

J'ai eu l'impression que en intégrant le LDR, chacun venait un petit peu avec son modèle à lui, et une forme de légèreté et d'insouciance, c'est mon ressenti. Donc du coup, on n'était pas là où on devait être. Parce qu'effectivement on se contentait un petit peu de ce confort de sociocratie, mais la sociocratie c'est pas un confort, c'est un investissement, c'est à la fois un investissement et un engagement, mais c'est surtout une grande responsabilité, de gestion, de partage des connaissances, ça engage. Et sur ça, il faut être unanime là-dessus. E24_SPLDR_2018

Le acteur.trices du Lieu de répit ont conscientisé que l'horizontalité des rapports ne peut pas s'acter : c'est un engagement, une sorte de lutte du quotidien pour définir des règles collectives. Ces règles, elles ne doivent pas être figées, mais mouvantes, afin que l'inclusion

de chacun.es soit effective dans le processus de structuration du collectif, notamment pour « inclure les habitants dans la gestion » E14_SNPLDR_2018.

Il s'agit, ni de prescrire des façons d'être toutes faites aux personnes accueillies, ni de les laisser totalement libre de faire ce qu'ils veulent. Il s'agit de créer les conditions de la responsabilisation, un collectif « DIY » :

Quelqu'un pique une crise, si le salarié n'est pas là, qu'il n'y a que des résidents, qu'est-ce qu'il faut faire ? Mettre les gens dans des situations, où il faut qu'ils cherchent la solution par eux-mêmes E23_BNPLDR_2019

Du point de vue des personnes accompagnantes, il ressort l'idée de partir des individus, de trier ceux qui peuvent être inclus au collectif :

Comprendre les difficultés du collectif, prendre en compte le fait qu'il y a des intérêts individuels. Sinon les individus les plus malins prennent le pouvoir dans leur intérêt. Il faut savoir quel intérêt chacun défend. Mais le savoir, et pas maquiller un intérêt individuel en un intérêt collectif. Si les intérêts individuels sont trop divergents, poser le truc "tu n'as plus rien à faire dans ce collectif", mais partir de l'individu. C'est beaucoup plus simple d'être individualiste et de penser qu'à sa gueule. E14_SNPLDR_2019

Il s'agit de partir du micro, de la légitimité d'être individu. Il s'agit de préalablement « dire » ce qu'on est, pour « faire » de manière collectivement négociée. Ce fonctionnement permet d'éviter l'écueil de la logique statutaire, de simplement « faire » en deçà du discours ou des personnes, et de la logique individualiste, de « dire », sans finalité pratique ou collective. L'idée est de poser son soi, de prendre le temps pour se regarder les un.es et les autres :

Se connaître les uns et les autres, nos parcours, passer des moments à expliquer comment on fonctionne, nos spécialités, apprendre les uns des autres des techniques et connaissances sur la santé mentale. E5_SPLDR1_2019 ;

Les choses ont changées, aujourd'hui on nous responsabilise, il est important de se dire ce que tu peux faire : est-ce que tu peux ajouter une valeur au programme ? Comment tu peux intervenir ? Quelles sont tes compétences ? Quels sont tes points forts et faibles ? etc. Remettre un peu de sens sur nos valeurs. E24_SPLDR_2018

Ce travail intersubjectif doit alors permettre de délimiter les rôles de chacun.es ; c'est-à-dire d'ajuster son soi en fonction des autres :

Donc là c'est prendre un temps, de vraiment savoir c'est quoi le rôle de chaque personne, qui fait quoi, qui fait partie du groupe et c'est quoi le domaine de responsabilité, comment décider ensemble ? C'est ça la sociocratie. E26_SNPLDR_2018

Il ne s'agit pas de rôles figés. Il ne s'agit donc pas d'incarner par exemple un diplôme (par exemple médical) et des actions pré-indiquées par celui-ci, indiquant un cadre hiérarchique, qui ne tient donc pas compte des autres. Reformuler sans arrêt les limites des rôles de chacun.es, au-delà de permettre l'aspect « travail à réaliser », c'est permettre de se

déconstruire, c'est permettre de se réapproprier individuellement ce qui nous constitue, de ne pas être oppresseur.se, de ne pas éteindre une autre individualité²³ par le déploiement de son individualité :

Moi je sais que dans notre groupe de recherche-action, on refaisait le point et on changeait les limites régulièrement. Ce qui avait bien marché on gardait etc. Donc pour formaliser les limites, formaliser les rôles, de chacun. Les freins se sont les limites, qui ne sont pas suffisamment posées, ou travaillées. J'aime les limites momentanées et après on les réajuste, on les retravaille. E23_BNPLDR_2019

Nous pouvons apprécier cet entre-deux précaire, entre limites qui doivent être fixées, et limites qui doivent être rediscutées et renouvelées. Est-ce que cet équilibre dispense de se confronter aux relations de pouvoir ?

Les rapports de pouvoir ils existent, t'y peux rien. Tu peux faire un effort pour être dans la latéralité en rendant visible les rôles, mais à un moment donné, ce n'est même pas la volonté de prendre le pouvoir, c'est à un moment donné tu vas incarner quelque chose qui va faire que tu représentes le pouvoir, c'est tout. E27_SPLDR_2019

Le problème n'est pas d'avoir le pouvoir sur une action donnée, c'est de l'imposer en deçà de la consultation de la conscience, par exemple parce qu'il est acté par un statut non contestable, ou qu'il est masqué par une fausse participation. Il faut veiller à la possibilité d'une validation collective, à la verbalisation, en conscience, de suivre ou non un pouvoir, selon un fonctionnement de démocratie participative :

Mettre en place des petits groupes, au lieu de grands groupes, et de voter les décisions FG JC équipe intervention E28_SPLDR_2019

Cette structure sociale au Lieu de répit devient une anti-structure. Il s'agit d'éprouver la structuration dans une sorte d'aller-retour *permanent* entre l'expérience du collectif, et le renouvellement des règles et des rôles. Il faut alors conserver un regard distant ou critique sur ses actions en temps réel, afin de permettre la réadaptation du soi, la réadaptation de ces règles collectives :

J'ai toujours eu une base arrière, un binôme pour me remettre en question, et je veux qu'on consolide cette aspect-là, on doit se transmettre le savoir. E8_SPLDR_2018

Dans l'action, mettre en place des binômes permet de veiller à toujours mêler le « faire » et le « réflexif ». Cela permet d'être confronté à un (aller-)retour critique sur son propre

²³ Le collectif pourrait aller plus loin, en prenant acte de l'existence de déterminations de genre, de race, de classe ; qui imposent des oppressions indépendamment des individus. Les regarder, c'est permettre leur verbalisation, c'est permettre de les neutraliser autant que possible dans l'action – en appui, par exemple, de micro-espaces en mixité choisie. C'est dans cette perspective que s'est mis en place le « Groupe non-mixte », constitué uniquement des personnes ayant expérimentées l'hospitalisation psychiatrique, qui était pensé comme « garant éthique » de la recherche-action. Malheureusement, ce groupe ne s'est réuni qu'à deux reprises.

fonctionnement et ses impensés pratiques. C'est une façon de permettre que le collectif soit un horizon toujours déplacé, qu'il soit inclusif et égalitaire en permettant à la fois l'expression de personnes avec des statuts salariés et accueillies à des fins de rétablissement. Ces statuts ouverts, toujours renégociés, doivent permettre la matérialisation d'un collectif anarchiste (ou libertaire), autrement nommé poststructuraliste (Foucault, Bourdieu), doivent constituer le cadre *safe* du Lieu de répit. Ils doivent permettre de neutraliser en pratique toute détermination statutaire (par exemple lié à une formation académique), économique (un salaire unique) voire sociales (de genre, de race, de classe, etc.) ; ils doivent permettre de neutraliser tout ce qui fait rempart ou distance à l'accès des individualités et à leur coexistence en tant qu'individus « authentiques ». C'est dans ces conditions de transparence, de respect et non jugement des personnes, que l'accompagnement des personnes accueillies pourra s'effectuer de personne à personne, et plus de médecin à patient comme à l'hôpital.

Maintenant que les bases structurelles sont posées, quelques questions, dans l'ordre, se posent : Quelles sont les implications de l'instabilité structurelle, dans le quotidien du Lieu de répit ? Le statut « anti-statut » des travailleur.ses paires (cf. 6.3.3 p. 33), doit-il être invisibilisé, ou formalisé, pour garantir une égalité de reconnaissance, notamment dans le rapport aux personnes détentrices d'une formation académique ?

7.3.3.2. *Stabilité dans l'instabilité*

Le fonctionnement du Lieu de répit est par essence instable, puisque la structuration du collectif n'est jamais vraiment fixée une fois pour toutes, d'autant plus que le temps d'hébergement restreint impose un roulement régulier des personnes accueillies :

C'est un projet qui est foncièrement très changeant, très mouvant, il n'arrête pas de bouger, c'est hallucinant comme des fois sur une semaine, il se passe des trucs, mais qui vont remuer le projet de quasiment ses fondements, où on va discuter de changer les critères d'inclusion le vendredi, et le mardi de repartir sur autre chose. Ça fait partie de la nature de ce projet à mon avis de tout le temps bouger. E29_SNPLDR_2019

Les personnes qui contribuent au collectif doivent être actives, doivent avoir une part d'elles, consciente, qui s'affranchie d'automatismes pratiques : « c'est ce qui permet justement de prendre des précautions, je préfère qu'il y ait du doute » E14_SNPLDR_2019. L'incertitude est donc au centre du travail²⁴ :

Qu'il y ait tout le temps de l'incertitude, je pense que c'est pas pour rien, parce qu'à mon avis l'activité même, et la manière dont ça fonctionne ça va générer aussi de l'incertitude, des choses, il va tout le temps se passer des choses un peu partout qui vont un peu tout modifier, on peut pas avoir quelque chose de très prévisible. E29_SNPLDR_2019

²⁴ Un des principes de la pratique de l'Open Dialogue mise en œuvre au Lieu de Répit.

C'est l'expérience qui fait foi. Fixer des règles non pas dans l'espoir abstrait qu'elles perdurent dans le temps, mais plutôt fixer les règles issues de l'expérience qui permettront une flexibilité, une réadaptation :

Mettre en place des choses au lieu de répit, c'est comme essayer de construire un immeuble en béton sur de la vase. Quand tu veux mettre des choses en places. C'est très dur. Il faut les faire quand t'as les gens avec toi "ah on est là ben tiens on fait ça machin et tout." "Ah ouais". Et on fait. C'est dans l'immédiateté tu vois. [...] il faut pas penser faire des choses carrées. Voilà. C'est... c'est pas possible... Faut toujours être au bord de la folie E15_SNPLDR_2019

Au-delà d'un collectif qui fait le choix d'être instable dans son fonctionnement, les personnes accueillies sont également par essence instables :

Tu sais pas ce qu'il va arriver avec les personnes, tu ne sais pas si demain matin, X il sera monté en crise et si dans la nuit il faudra que tu fasses une intervention, tu dois remodifier ton programme tout ça, tu ne sais pas. On avance sur des œufs et ce n'est pas grave [...] je pense que quand t'es sur un truc expérimental, tu expérimentes. Tu vois ce que ça donne, même si c'est chaud parce que c'est des êtres humains qui sont en face de toi, tu vois ce que ça donne. E27_SPLDR_2019

L'instabilité devient donc un critère de stabilité au lieu de répit. Etant donné que les personnes accueillies sont en demande d'instabilité et d'authenticité, puisqu'il s'agit de se libérer de troubles psychiques, nous allons revenir sur le statut particulier des travailleur.ses pairs, sa place particulière dans cette anti-structure.

7.3.3.3. *Anti-statut : invisibiliser ou spécifier les pairs ?*

Les travailleurs.es paires sont à privilégier au Lieu de répit, car iels ont une façon d'être qui a un temps d'avance :

- sur l'individualisation, tant leur personne est nécessairement façonnée par une réappropriation individuelle de leurs expériences (contraignantes ou subies), plutôt que par l'expression de savoirs préconstruits par des statuts ;
- sur le partage potentiel d'expérience des troubles psychiques (et plus généralement de précarité), iels sont à même de mieux comprendre et donc accompagner les personnes touchées.

Il serait donc temps de leur faire la place qu'ils devraient incarner de droit. Il faudrait reconnaître leur statut avec autant de valeur que les statutaires, si ce n'est davantage, dans des anti-structures comme celle du Lieu de répit.

Il est mis en avant que pour une égalité de reconnaissance, il faut que les travailleur.ses paires ne soient pas distingués des « professionnel.les », des personnes qualifiées ou statutaires :

Si on arrivait à dire "les professionnels" et non pas "les travailleurs-pairs" et "les professionnels", déjà on aurait fait un grand pas, pour que les travailleurs-pairs se sentent mieux en tant que professionnels parce-que soit on les reconnaît comme professionnels, soit on les reconnaît pas. Mais on arrête de faire des différences comme ça. Et du coup les travailleurs-pairs ils sont toujours en train - à la recherche de reconnaissance. E15_SNPLDR_2019

De marquer à ce point les contrats, ça facilite pas une espèce d'égalité qu'on cherche à faire prévaloir. Dès lors qu'on met ce terme, on stigmatise en fait. E14_SNPLDR_2019

Est-ce vraiment égalitaire de fondre l'anti-statut pair dans la masse des « professionnel.les » ? N'est-ce pas un moyen d'invisibiliser leur spécificité ? N'est-ce pas un moyen de masquer que le statut pair a moins de légitimité par essence ?

C'est une vision de l'égalité comme « une donnée » qui est ici défendue : c'est une vision à notre sens « néo-libérale » de la question. La raison est que nous voulons une égalité de reconnaissance, alors nous choisissons un terme commun pour désigner tout le monde, et du même coup les conditions de l'individualisation sont passées sous silence.

C'est une vision à notre sens très nocive et réductrice de l'égalité, car elle prend pour acquis une utopie, elle permet de faire déni ou masque d'une réalité bien différente, où les oppressions systémiques sont partout, où entre autres le patriarcat existe toujours. Pour faire de l'égalité, il faut faire de l'inégalité. Il faut à minima prendre acte que les travailleur.ses paires sont dévalorisées dans des institutions dominées par le monopole (économique et symbolique) des travailleur.ses statutaires. Donc invisibiliser le statut pair, c'est répliquer, par abstention, ce qui se fait dans les institutions psychiatriques. Si le lieu de répit pourrait uniquement accueillir des travailleur.ses paires afin de pallier à ce problème, si tel n'est pas le cas, il faudrait à minima « la non-mixité travailleur pair éventuellement, pour les valoriser²⁵ » E13_SPLDR_2019.

Même si ce sont les travailleur.ses statutaires qui *choisissent* la déconstruction de leurs privilèges statutaires qui pourront incarner la structure subjectiviste du Lieu de répit ; il va de soi que l'opposition existera toujours avec les travailleur.ses paires, qui vivent le processus de déconstruction (de leurs inerties psychiques) par *contrainte*, pour survivre. Par conséquent, la mixité choisie permet de spécifier le rôle des travailleur.ses paires, tout en créant les conditions où leur discours (subjectivé) ne va pas s'opposer au discours (objectiviste) des travailleur.ses statutaires, où leur discours ne sera pas confronté, dans une lutte perdue d'avance, à la pensée légitime, celle des diplômés.

²⁵ C'est cet espace de supervision collective, individuelle et d'intervision entre pairs, qu'offre la plateforme territoriale pairs ressources Esper Pro. La convention partenariale passée entre le LDR et Esper Pro permet un espace de réflexion et d'analyse propre entre médiateur.trices de santé pairs.

C'est sur cette base d'anti-structure, instable, toujours réactualisée, de personne à personne, que la structuration du collectif, en même temps que l'accompagnement fondé sur la compréhension (donc la transformation) de soi et de l'autre, peut sans cesse se ré-opérer – d'autant mieux avec l'anti-statut des travailleur.ses pairs. C'est cet accompagnement, dont la définition pratique se pose en question, que nous allons à présent aborder.

7.4. 2019-2020 : Définition de l'accompagnement

Notes de terrain – la RAP au LDR, en chiffres

Le processus de recherche-action participative a accompagné la structuration du collectif du Lieu de répit, pour « aboutir », en 2020, sur la question de la définition de l'accompagnement.

Revenons sur quelques chiffres : 98 rencontres du groupe RAP ont été recensées entre le 16 février 2017, date de la première réunion, et le 1er juillet 2021. Ce chiffre est sans doute en-deçà de la réalité, certains comptes-rendus de réunion ayant pu nous échapper, et il ne prend pas en compte les rencontres qui concernaient uniquement les membres de l'équipe de recherche (salariés et stagiaires). Des rencontres supplémentaires impliquant au moins l'un des membres de l'équipe de recherche et des personnes usagères de la psychiatrie et/ou du lieu de répit et/ou des membres de l'équipe d'intervention ont eu lieu sans pour autant être considérées comme des rencontres de GRAP, bien qu'elles auraient pu être comptabilisées (workshop sur la procédure d'accueil, groupe « Plan de Rétablissement et d'Intervention », réalisation d'un questionnaire de satisfaction, etc.).

Le nombre moyen de participants aux rencontres a décru dans le temps : 10 en 2017, 9 en 2018 (31 personnes différentes ayant participé à au moins une rencontre cette année-là), 6 en 2019, 4 en 2020, pour ne concerner quasi exclusivement que les membres de l'équipe de recherche en 2021. Les personnes directement concernées par les troubles psychiques ont été constamment présentes lors de ces rencontres, dans une proportion égalitaire (49% de personnes porteuses de troubles psychiques, 51% de personnes non concernées directement). Entre début 2017 et fin 2020, une seule réunion a eu lieu sans aucune personne directement concernée par les troubles psychiques.

La troisième classe regroupe 16 unités de sens, formulées par 7 individus – essentiellement des personnes présentant des troubles psychiques accueillies au lieu de répit. Elle révèle que 2020 fut l'année où les problématiques de structuration du collectif se retraduisent par une demande de définition de l'accompagnement. Alors que les personnes accompagnantes au

Lieu de répit ont passé beaucoup de temps à éprouver la définition du lieu indépendamment de l'hôpital, à penser le droit d'entrée et la structure sociale permettant d'accueillir la « folie » comme il se devrait ; les personnes accueillies ont formulé leur besoin.

La mise en place d'activités collectives :

Ça serait bien plus d'activités collectives, parce que souvent il y a des journées où il se passe rien du tout. E30_PCLDR_2020

La mise en place de discussions individuelles à des fins de rétablissement :

Je m'attendais plus à un moment où il y aurait des discussions, comme on croise les gens en collectifs, je n'avais pas envie de déballer ma vie à toutes les personnes. E31_PCLDR_2020 ;

Je trouve que ça serait chouette s'il y avait des mini rendez-vous psys ou des choses en peu construites comme ça. Pas pour que ça fasse "je deviens une clinique", mais plus un bien-être, ce qui est déjà le cas, mais on s'exprime peu, du coup on s'exprime entre habitants. Il faudrait qu'on parle peut-être plus de ce qu'on ressent vraiment. E32_PCLDR_2021

Nous avons posé, essentiellement à travers le discours des personnes impliquées et accompagnantes, ce qui relève de la recherche action participative au Lieu de répit : les différentes étapes du processus de structuration du lieu, de l'externe (penser l'indépendance à l'hôpital, penser le droit d'entrée), à l'interne (l'évolution de la définition du collectif).

Nous allons maintenant donner la parole exclusivement aux personnes concernées, accueillies au Lieu de répit. Il s'agira de formaliser une opposition d'expériences, dans deux habitats qui sont censés accueillir la folie : un retour sur l'expérience de rétablissement au Lieu de répit, dans et par la perception (opposée) de l'expérience à l'hôpital.

8. EXPERIENCE DE L'HÔPITAL : "PROBLEME=SOLUTION" ?

L'hôpital pourrait être considéré comme le « chez soi » de la folie : un espace communautaire pour l'accueillir, lui donner une légitimité d'existence et donner des outils de lutte, de compréhension ou d'empowerment aux personnes touchées. Il semble en être autrement.

12 personnes présentant des troubles psychiques et accueillies au Lieu de Répit nous formulent un retour sur leur expérience à l'hôpital :

Au lieu de répit, j'ai l'impression d'apprendre sur mon hospitalisation, que je n'ai pas conscientisée à l'époque, je me penche sur mon expérience en psychiatrie, les traitements que j'ai pris, dans quel état ils m'ont mis, pourquoi la psychiatrie n'a pas été efficace. Donc moi je prends du lieu de répit à ce niveau-là. E11_SPLDR_2020

Nous avons recensé 49 unités de sens qui permettent de décrire cette expérience à l'hôpital. Nous allons ici en mettre en avant quelques-uns, à commencer par ceux permettant de décrire le « cloisonnement des usager.e.s ».

8.1. Cloisonnement des usager.e.s

A l'hôpital, c'est l'enfermement des personnes qui est mise en avant par les enquêté.e.s, ce qu'illustrent ces extraits d'entretien :

On est enfermé, ce n'est pas rassurant E21_PCLDR_2020 ;

Une petite parcelle où circuler, mais vraiment, juste nous on voulait sortir, ben c'était limite une prison. E2_PCLDR1_2019 ;

Je ne voulais pas un lieu d'enfermement E31_PCLDR_2020.

L'hôpital accueille des gens avec des troubles psychiques, mais permet-il la socialisation des personnes ? Le cadre de l'hôpital, en plus d'être perçu « cloisonnant », semble isoler les personnes accueillies, qui n'ont pas la possibilité de se sentir compris.es, de partager leurs expériences par le « dire » ou le « faire » :

Oui, il y avait d'autres personnes, ils étaient malades aussi, mais on ne fait pas de trucs collectifs E33_PCLDR_2020 ;

L'hôpital c'est juste sa chambre, c'est tout, rien d'autre, et puis on s'ennuie il y a rien à faire E9_PCLDR_2020.

Dans la manière de « soigner » les gens, nous allons voir que c'est l'imposition d'un mode de vie particulier, défini en amont des personnes accueillies, et donc prescriptif, qui prime sur la liberté des personnes : c'est « l'objectivation du sujet » qui l'emporte.

8.2. Objectivation du sujet

Selon les enquêté.e.s, il ne s'agit pas de permettre à des personnes de s'exprimer ou d'être elleux-mêmes, il s'agit plutôt de « prendre en charge » (cf. Portrait du/ de la travailleur.se statutaire, p. 33 ; Paradoxes du "cadrage statutaire" : objectivisme des rôles, p. 49), de voir la pathologie, de traiter des malades, passif.ve.s :

En HP on ne prend pas en compte les gens... t'es dans un moule où... tu ne te rends pas compte de ce qui se passe comme t'étais sous cachets On leur dit, on leur impose tout. E32_PCLDR_2021 ;

Aux urgences j'ai lâché. Je pense que ça n'a pas été bien pris en compte, on n'a pas eu le temps de se poser, d'exprimer, j'étais dans une situation incohérente pour les médecins, j'étais dans une situation de bouffée délirante, pour eux j'étais délirant alors que pour moi c'était partiellement. Je n'étais pas complètement parti quoi. E21_PCLDR_2020 ;

Y a pas beaucoup d'écoute, tu dis "oui mais", "non tu fais ça" point. E9_PCLDR_2020 ;

J'aurai mis beaucoup plus de temps à me remettre si j'avais été dans un endroit où je suis obligé de prendre mon traitement à telle heure, obligé de manger à telle heure de la bouffe ignoble, avec des contraintes d'autorisation pour sortir E31_PCLDR_2020

Dans l'hôpital psychiatrique on est catalogués comme malades mentaux voilà E22_PCLDR_2020.

A priori, poser un diagnostic, ou catégoriser des personnes présentant des troubles psychiques selon des pathologies n'est pas un problème : « c'est comme un garagiste, il faut bien qu'il pose un diagnostic sur une panne pour pouvoir réparer la voiture » E34_BPNLDR_2021. Là où cette pratique pose question, c'est à notre sens dans l'usage qui peut être fait de ces principes de catégorisation, sur l'aspect « réparation ». La partie suivante donnera des éléments sur le positionnement de l'hôpital sur cet usage : le parti pris semble être de *réduire* les personnes qui présentent des troubles psychiques à leur catégorie sociale, à savoir des pathologies (un.e schizophrène, un.e bipolaire, etc.), leur « problème » s'en retrouve alors essentialisé, c'est-à-dire réduit à l'état d'anomalie de la nature.

8.3. Essentialisation du trouble

L'essentialisation du trouble à l'hôpital se confirme avec l'usage perçu des médicaments :

Il faut arrêter de nous gaver comme des oies quoi, parce qu'on nous détruit plus. E3_BPLDR1_2018

Au lieu de répit j'ai appris qu'il y a pas que les médicaments comme solution E32_PCLDR_2021

Au lieu de répit on est pas médicamenté toute la journée... On est pas traités comme des patients, on est traités comme des gens, comme des personnes, pas comme des patients... à l'hôpital ils te forcent à prendre des médicaments [...] tous les patients quel que soit leur traitement ont du Valium en plus [...] à l'hôpital c'est « Ah tu ne dors pas tiens je vais te filer un Lexomil ». E22_PCLDR_2020

En l'état actuel, le médicament (ou le traitement) semble donc être considéré comme une fin en soi pour solutionner la folie, suite à un diagnostic :

Moi je vois ma dernière crise, j'ai dû reprendre un traitement et puis une fois que ça allait, j'ai arrêté. Donc je ne suis pas contre la psychiatrie, je ne suis pas contre les traitements. Mais je suis contre les diagnostics qui sont faits en nous disant : "Vous êtes bipolaire monsieur. Vous le serez toute votre vie, vous allez prendre des médicaments toute votre vie" E3_BPLDR1_2018

Avec cette vision objectiviste de la psychiatrie, il ne semble pas y avoir d'horizon autre que subir son trouble à vie, c'est-à-dire d'être dépendant à vie du traitement qui, avec cet usage systématique ou totalitaire, non seulement ne solutionne rien, c'est-à-dire que nous restons « troublé.e.s », mais surtout organise la passivité, le déni ou l'économie de la compréhension de ses troubles.

L'expérience de personnes présentant des troubles psychiques au Lieu de Répit, que nous allons à présent aborder, marque une alternative plus humaine : le « traitement » à l'hôpital traite-t-il vraiment le problème ? N'est-il pas plutôt un moyen de l'esquiver ?

9. RETABLISSEMENT AU LIEU DE REPIT : "LA SOLUTION, C'EST LE PROBLEME" ?

L'antipsychiatrie, ce n'est pas être contre l'hôpital, mais contre la psychiatrie aliénante. E34_BPNLDR_2021

A part preuve du contraire, le médicament peut être efficace, mais n'est pas une solution miracle pour éradiquer les troubles psychiques, il n'en existe d'ailleurs pas. Pourquoi alors sacraliser le médicament, si ce n'est pour faire l'économie d'affronter réellement ses troubles psychiques ?

Une fois que nous sommes sorties de la croyance du médicament comme « solution absolue », qui essentialise (ou pathologise) les corps, qu'il est réduit à l'état de « support » (cf. « Dégressivité du traitement » p. 43), s'il n'y a finalement pas de solution au problème du trouble psychique, que faire sans tomber dans le fatalisme ? L'objet de cette partie sera de revenir sur ce paradoxe.

A partir de 18 entretiens qui ont été réalisés entre 2018 et 2020, nous avons recensé 214 unités de sens qui permettent de décrire l'expérience de rétablissement au lieu de répit. Contrairement à l'hôpital, tout se passe comme si ce lieu s'appuie sur le « communautaire » (N=55 unités de sens) et non sur le « cloisonnement » (cf. 8.1 p. 59) des personnes, valorise la question d'accueillir la « folie », comme une des conditions sociales du processus d'empowerment.

9.1. Le communautaire

9.1.1. Se re-poser

Le lieu de répit, comme son nom l'indique, est avant tout un lieu pour se reposer, comme le confient certain.e.s personnes accueillies :

C'est un lieu où je pouvais me remettre. E31_PCLDR_2020

Pour un bon rétablissement, il faut être posé, pas être dans l'urgence. E3_BPLDR1_2017

Il s'agit de sortir les gens de conditions de vies épuisantes qui empêchent de travailler au rétablissement :

C'est quand même très difficile parce que quand on est dans la rue on n'a pas ce truc de se poser de réfléchir, on est tellement occupé par les événements, les choses qui nous sont arrivées, voilà on ne comprend plus ce qui se passe, on est pris continuellement par des choses qui ne sont pas bonnes pour nous et négative, on n'a pas le temps, et quand on arrive avec un parcours comme le mien dans la rue, on n'en arrive à un moment donné on en a ras-le-bol, voilà c'est très dur
E35_PCLDR_2018

Lorsqu'une personne est assimilée « personne folle », ses proches, si elle en a, ne pourront peut-être pas (ou plus) l'accueillir. Si cette personne, quelques soient les raisons, est en rejet du « cloisonnement des usager.es » à l'hôpital, elle risque de devoir vivre dans la rue, d'où l'intérêt de « socialiser la marginalité ».

9.1.2. *Socialiser la marginalité*

L'intérêt du lieu de répit est également de permettre à des gens isolé.e.s, marginalisé.e.s, de re-trouver un espace pour exister avec des gens partageant les mêmes stigmatisations ou exclusions :

On n'est pas seul, quand j'étais à la rue j'étais seul, on s'est écarté de moi, j'ai perdu mes amis, l'aide ne dure pas très longtemps, on est marginalisé, et c'est de ta faute quoi (stigmatisation), alors que a n'a rien à voir, le fait de se retrouver avec des gens dans la même situation, ça apporte logiquement un endroit où on peut se poser, s'entraider, partager nos expériences, et ça ce n'est pas tout le monde qui en a conscience, moi je trouve ça de fondamental, pour une personne isolée, qui a des problèmes plus ou moins lourd, que ce soit l'alcoolisme ou autre. E21_PCLDR_2020

Les entretiens donnent à voir qu'indépendamment de travailler sur son trouble, socialiser la marginalisation a une fonction d'humanisation des personnes :

Il y a des gens qui guérissent avec les activités collectives, on peut faire, on peut aller, par exemple, à la plage ensemble, on peut aller boire un café ensemble, donc je peux discuter avec des gens, je peux faire des activités avec les gens... au Lieu de Répit, je suis normal, ça a changé, je suis devenu de plus en plus humain. E33_PCLDR_2020

On est revalorisé, on est pas isolé, on se sent des êtres humains, on se sent considéré... Voilà, concernant le lieu de répit. E3_BPLDR1_2018

Cette fonction de socialisation devrait être une des conditions sociales du rétablissement :

Si j'avais été seul je n'aurais pas travaillé, je serais resté les bras croisés, c'est-à-dire ne pas essayer d'avancer, je serais resté au même niveau. E9_PCLDR_2021

Autre condition sociale pour travailler sur ses troubles (N=73 unités de sens) : permettre « de retrouver cette liberté d'être soi-même et de faire ce qu'on veut » E3_BPLDR1_2018, c'est-à-dire laisser le « vide normatif » pour permettre de se déployer indépendamment de normes sociales (et médicales) pré-construites indiquant les « bonnes façons d'être ; c'est cet aspect du lieu de répit que nous allons à présent aborder.

9.2. Légitimité d'être soi

9.2.1. Pour soi

Comme nous l'avons vu (cf. « Objectivation du sujet » p. 59), à l'hôpital, le cadre de vie est imposé indépendamment de la prise en compte des subjectivités. Au lieu de répit, c'est l'inverse qui semble se mettre en place, il n'y a « aucune » contrainte perçue :

Il n'y avait aucune coercition. E31_PCLDR_2020

Ne pas nous forcer. E9_PCLDR_2021

Tu peux t'exprimer et t'es pas bloquée. Si tu veux partir tu pars. E32_PCLDR_2021

Un lieu de répit ça apporte un temps de calme où j'ai pas d'obligation, où... où ça va me permettre de me reconstruire un peu. E22_PCLDR_2020

On est libre de se concentrer de faire ce qu'on veut, on a les clés de nos portes, on peut sortir et rentrer. E33_PCLDR_2020

Etre libre, c'est avoir une existence légitime en soi :

Lorsqu'on va s'exprimer, lorsqu'on va formuler une demande euh on va pas remettre en doute ou remettre en cause euh la véracité de ce qu'on dit. E22_PCLDR_2020

Le respect et le non jugement, [...] c'est que ce qu'on va dire ça va être plus pris au sérieux [...] Vérité ça vient de vérité donc on va pas nous dire « Ouais il dit ça mais il est schizophrène » non, non on va dire « Il dit ça parce qu'il pense ça » pas parce qu'il a telle ou telle pathologie. E3_BPLDR1_2018

Moi dans mon psychisme rien à voir, on nous fait confiance, en disant que "ça va bien se passer, essaie de profiter de ce lieu et d'avancer" [...] D'entrée de jeu, il y avait ce truc : on te fait confiance, tu es libre. E21_PCLDR_2020

Etre libre, c'est laisser des espaces pour l'introspection :

Il y a un cahier de rétablissement qui permet de se repérer. Ça permet de cheminer, comprendre, pour aller vers un rétablissement rapide en cas de crise, éviter de retourner au LDR ou d'être hospitalisé. Apprendre à détecter le moment où ça va venir (la crise) repérer les violences en contextes pour les éviter Arriver à prendre du recul, dire je ne m'occupe plus de telle ou telle chose. (Id.)

Retrait sur soi-même pour se poser des questions. E9_PCLDR_2020

Se recentrer sur soi [...]. Analyser aussi pourquoi les crises, pourquoi elles sont déclenchées. Donc on arrive à faire une introspection qui nous permet de faire une analyse et de travailler sur notre rétablissement, sur la résilience, hein, sur la gestion des émotions. E3_BPLDR1_2018

J'essayais d'écrire beaucoup pour vider ces trucs de souvenirs [...] j'essaie de lire des bouquins, théories. E31_PCLDR_2020

Etre libre, c'est être demandeur.se de l'accompagnement :

On nous accompagne pas, [...] Et à la limite je t'accompagne, mais c'est toi qui fais la démarche [...] c'est pas les professionnels qui vont te rétablir, c'est le soutien du collectif, mais c'est toi qui

te rétablis. C'est ton introspection, c'est toi qui te dis "Ok, j'ai ça à faire, je peux le faire, j'ai les outils". E3_BPLDR1_2018

Le rétablissement est un point de vue personnel. Il n'y a que la personne elle-même qui peut considérer si elle est rétablie ou non, à solliciter d'être accompagnée. E34_BPNLDR_2021

Les gens [accompagnant.e.] sont assez discrets, peut être que c'était à moi de plus m'exprimer, mais il faut que ça vienne de soi aussi. E21_PCLDR_2020

Donc, opposer la liberté à la contrainte, oui, mais une liberté « libertaire », car « on est libre, et au même temps, on est avec des gens » E33_PCLDR_2020, ce qui implique de négocier sa liberté avec les autres : donc de déconstruire ou de neutraliser les déterminations sociales qui nuisent à l'autre. Dans le cas contraire, nous pourrions ratifier ce que nous avons nommé les « paradoxes de l'égalité actée » (cf. 7.3.1 p. 48), c'est-à-dire un individualisme libéral impliquant un repli sur soi. Cette idée nous amène à une autre condition sociale pour travailler sur ses troubles au lieu de répit : la mise en avant du partage d'expérience par les pairs, c'est-à-dire « des personnes qui [vivent ou ont vécu le même processus de subjectivation qui] t'aident à mieux comprendre cette étiquette-là [de folie], et à te rendre compte qu'elle est réelle, et qu'elle n'empêche pas de s'accomplir » E25_PCLDR_2019. Car, comme l'affirme une personne concernée, « c'est entre nous qu'on se motive, ce n'est pas tout seul, c'est l'entraide, on partage des expériences, se connaître, le LDR, c'est comme ça que ça fonctionne, dans un sens constructif, [afin que] si je commence à faire une crise, d'être bien accompagné, qu'on me dise pose toi on discute, ne pas être isolé » E21_PCLDR_2020

9.2.2. Avec les pairs

Comme nous l'avons vu (cf. Portrait du/ de la travailleur.se pair.e p. 33), le lieu de répit se fonde entre autres sur le partage d'expérience par les pairs. Les personnes accueillies au lieu de répit confient alors être « compris.es » :

Je me sens un petit plus comprise, il y a un échange de savoirs... comment ça s'est passé pour eux [...] avec un travailleur pair tu peux parler de ton vécu et de comment lui ou elle a fait... pour... par exemple pour gérer une crise [...] C'est un lieu qui est pas comme les autres tu trouves forcément des personnes qui... qui peuvent ressentir les mêmes fragilités ou alors... qui comprennent plus. E32_PCLDR_2021

Ça aide ça, une approche plus fine je pense d'accompagnement, les gens sont concernés par la problématique, il n'y a pas cette barrière, neutralité ou distance institutionnelle. E21_PCLDR_2020

"Ne fais pas ça, ça je l'ai vu ne le fais pas, ne le refais pas", ils vont dire quelque chose, ils font la même chose que nous. E33_PCLDR_2020

Axer sur « l'expérience par les pairs », semble normaliser la verbalisation de l'intime pour les personnes accueillies au lieu de répit :

On a fait des trucs... qui s'appellent Open Dialogue ça montre... en fait, des ressources que j'ai, ce qui m'a aidé, c'est d'arriver à avoir moins peur de communiquer, sur ce qui m'arrive, à réussir à mieux verbaliser. E30_PCLDR_2020

Je peux parler de mes difficultés, je peux parler [...] on peut parler à tout le monde là-bas, ça c'est bien. E32_PCLDR_2021

La « structure subjectiviste » (cf. 7.3.3 p. 51) décrite dans ce rapport est une construction toujours recommencée au lieu de répit, elle est censée sauvegarder :

- le « communautaire », un espace *safe* qui accueille la folie, qui sort la personne de l'urgence, permet des activités collectives ;
- la « légitimité d'être soi », pour soi, valoriser l'introspection, le non jugement et l'initiative individuelle, avec les autres, afin « d'exprimer [l'intime] sans flipper des conséquences [...], de se sentir plus en confiance avec soi-même dans la situation de crise pour pouvoir s'exprimer » E31_PCLDR_2020. Cela implique de ne pas jouer dans un statut de « patient », entre autres, « dès qu'un médecin [ou un.e diplômé.e, un.e statutaire] dit quelque chose, de ne pas se laisser faire, d'en discuter avec lui » E2_PCLDR1_2019.

Ces deux points constituent quelques conditions sociales importantes, pour que les personnes socialement disposées (cf. « 2018-2019 : Définir le droit d'entrée », p. 45), puissent amorcer le processus de subjectivation (ou d'*empowerment*) de leurs troubles (N=73 unités de sens), que nous allons à présent décrire.

9.3. Processus de subjectivation

Le lieu de répit nous permet de corriger le présent et de se corriger soi-même automatiquement. Lorsque l'on revient en soi, disons qu'on se retrouve, qu'on est dans la phase d'*empowerment*, c'est-à-dire de reprise de confiance en soi, de valorisation de sa personne, on se retrouve nous en tant qu'être humain, en tant que moi personne avec mes valeurs, de quoi je suis capable, et faire ressortir le meilleur de moi-même pour le redonner au collectif. E3_BPLDR1_2018

Selon les retours sur expériences qui nous ont été donné à voir de l'hôpital, il s'agit de diagnostiquer une pathologie, de donner des médicaments en réponse, probablement à vie, c'est une façon de « régler » ou de « fermer » le problème de manière unilatérale – cf. « Essentialisation du trouble », p. 60). Etre dans un processus de subjectivation au lieu de répit, c'est au contraire faire face à ses troubles, les regarder, les affronter :

Ici on arrive à faire face, à ce qu'on appelle les névroses, on arrive à faire face. [...] Ça nous permet de voir où on en est, de voir les problèmes. E3_BPLDR1_2017

Ils m'ont pas mis de côté, ils ont pas mis mes maux de côté. E9_PCLDR_2020

J'ai pu commencer à travailler sur mon problème. E31_PCLDR_2020

Être dans un processus de subjectivation « au lieu de répit, ce n'est pas régler le problème, juste tu avais peut-être appris à faire avec le problème E9_PCLDR_2021 : ne plus (ou moins) être dépendants du médicament, mais être dépendant de soi-même. Le « problème », ou le trouble, est donc toujours ouvert, toujours là, nécessitant un contrôle par la subjectivité, probablement pour le meilleur, comme pour le pire :

Ce que le LDR m'a appris, c'est de vivre avec ma problématique, on ne peut pas la supprimer, ma problématique, mais au moins ils m'ont appris à vivre avec, à faire les choses, de pas s'arrêter de vivre, je n'ai pas le choix, vivre au jour le jour avec ma problématique. E9_PCLDR_2020

Au lieu de répit, « la solution, c'est le problème » (Watzlawick, 2014), c'est-à-dire qu'il s'agit d'amener à comprendre que le trouble (ou la pathologie), n'est plus un problème que l'on subit, mais un horizon d'émancipation individuelle. Être individu, cela ne se décrète pas, c'est une lutte du quotidien, un apprentissage toujours recommencé. Nous devenons alors acteur.trice (ou sujet.te), où l'on lutte (avec soi-même) pour gagner du pouvoir sur soi (*agency*), pour vivre plus libre avec ses troubles, transformer leurs significations et déploiements dans divers contextes. Avoir un rapport libre à ses troubles, pour quels horizons (N=13 unités de sens) ?

9.4. Pour quel horizon ?

9.4.1. Se réinsérer "libre" dans la société

Si les gens font l'expérience du lieu de répit, c'est parce qu'à un moment donné de leur vie, ils ne sont pas, ou plus, en possibilité d'évoluer selon le schéma normatif de la société. Le rétablissement dans l'espace communautaire du lieu de répit n'est pas une fin en soi, l'objectif est de permettre de se ré-insérer libre (cf. « Processus de subjectivation », p. 65) dans la société :

Rétablissement psychique et ensuite de prendre en main sa vie, de se remettre par exemple au niveau administratif, reprendre contact avec la réalité de la société, voilà. [...] de faire abstraction de tous les problèmes de se couper du monde en fait, pour mieux revenir. Et de se dire "je suis libre", condition pour revenir dans la vie après plus armé de reprendre contact avec la vie, le système, et les gens, de reprendre confiance en soi. E3_BPLDR1_2018

Pour s'inscrire dans la société, Le but du communautaire, c'est de faire une passerelle vers la société. E34_BPNLDR_2021

En somme, il s'agit d'acquérir un rapport libéré à ses troubles pour mener une « vie normale » :

Vivre, travailler, trouver des solutions à côté, mener une vie normale à côté [...] Là j'ai des projets, avant je n'avais pas de travail là j'ai un travail. J'ai un salaire tous les mois, là j'avance pour prendre un appartement ou une maison. Me marier, c'est prévu. E9_PCLDR_2020

Mais acquérir un rapport libre à ses troubles, pour soi-même, peut aussi permettre à d'autres de réaliser le même processus, en ce sens, le lieu de répit est un espace potentiel de production de travailleur.se.s pairs.

9.4.2. Devenir pair

Le Lieu de répit pourrait devenir un espace de formation de travailleur.se pair.es. Comme l'affirme une personne concernée, il faut au préalable vivre, *faire* l'expérience ou subir son trouble lié à une expérience de précarité (ou autre) :

Je dois m'aider moi-même pour apprendre quelque chose de mon expérience pour pouvoir le transmettre ou aider une personne. Pour l'instant je suis dans l'expérience, je ne suis pas sorti de l'expérience. Donc je ne sais pas quoi dire pour le moment. E9_PCLDR_2020

Nous devenons « pair potentiel », lorsque nous pouvons transmettre à notre tour, schématiquement lorsque nous sortons de l'expérience individuelle du trouble, que nous réalisons le processus de subjectivation, qui peut se traduire par un « apaisement » :

Ça m'a permis moi de reprendre confiance en moi, d'être poussé, d'être accompagné et en fait tous les blocages que j'avais à cause du fait que j'étais contre le système, contre ce qui m'arrivait, contre un peu tous ces malheurs que j'ai vécu, d'être plus apaisé. E3_BPLDR1_2018

Le discours d'une personne présentant des troubles psychiques révèle qu'être pair, c'est du « donnant-donnant », c'est cela qui va favoriser le *maintien* de son individualisation, de son propre rétablissement autant que celui des autres :

En m'occupant des autres, ça m'a permis aussi de me voir moi-même, c'était comme des fois un miroir et donc le travailler pour moi et ensuite pouvoir le travailler avec les autres et pour les autres. (Id.)

Comment incarner un « rapport libre au trouble » et « être pair », hors espace communautaire qui tente de mettre au centre l'individu comme au lieu de répit, dans la société en « générale », une société qui n'est pas reconnue pour son anarchisme, qui entre autre institutionnalise une prise en charge objectiviste des troubles psychiques ? Il y a là un paradoxe que nous allons poser ci-après.

9.4.3. *Des institutions ouvertes à l'individu ?*

Il y a beaucoup à apprendre des gens qui font l'expérience de la folie, il y a à apprendre de leur authenticité, leur caractère indivisible. Ces gens-là, ainsi que toutes les gens en déconstruction (par choix ou nécessité) de contraintes normatives, représentent une chance pour humaniser les institutions et la société de manière générale, comme l'affirme une personne concernée :

Ça m'a appris à comprendre que les gens qui ont des troubles psychiques, ce sont des gens qui peuvent apporter beaucoup même à la communauté, parce qu'elles jouent un grand rôle. J'ai pu le constater pendant le temps passé au lieu de répit. C'est des gens, malgré toutes les crises qu'elles développent, elles ont un savoir-faire, tu vois, elles ont du potentiel, du talent c'est vrai elles sont comme ça, mais en même temps aussi elles participent tu vois à l'évolution du monde de leur façon, donc on ne peut pas les rejeter, tout au contraire on doit faire avec. E25_PCLDR_2019

Comme l'affirme Butler (2012) à propos du genre, « l'autodétermination ne prend sens que dans le contexte d'un monde social qui soutient et rend possible l'exercice de la puissance d'agir. [...] Nous ne pouvons déterminer notre propre sens du genre [ou de nos troubles psychiques] que dans la mesure où les normes sociales existantes étayent et rendent possible l'acte de revendiquer un genre à soi » (p. 20) – une définition que nous nous inventons avec nos troubles.

En d'autres termes, on a beau permettre à des gens de vivre mieux (ou libre) avec leurs troubles, ou à transmettre à leur tour pour permettre à d'autres de s'individualiser, si nous n'avons pas en Arrière-plan (au sens de Searle) un système qui soutient l'autodétermination, c'est un non-sens. Les personnes concernées risquent de devoir repasser sans cesse par la case « lieu de répit », risquent d'être toujours violentées par les gens qui ne sont pas aptes à l'individualisation, qui fonctionnent à l'aune de catégories sociales préconstruites, induisant entre autre du validisme – accompagné des autres oppressions systémiques (Verges, 2020).

CONCLUSION

Le Lieu de répit est une sorte d'hétérotopie (au sens de Foucault), c'est-à-dire la base matérielle d'une utopie, d'un horizon vers lequel nous marchons, mais que nous n'atteignons jamais. Cette utopie, c'est accepter que le monde social est en mouvement, qu'il ne peut pas se résumer à l'équation objectiviste, une fois pour toutes, du « problème=solution ». Cette utopie, c'est considérer que « la solution, c'est le problème », c'est acter la nécessité d'un

aller-retour permanent entre expérience (formulation de problème), et retour réflexif (formulation de solution). Cette utopie se décline selon trois aspects au lieu de répit²⁶ :

- Mobiliser une « recherche-action », afin de placer la recherche au cœur et au service de l'expérience, des personnes concernées, plutôt qu'elle ne devienne une abstraction fixiste non représentative de la réalité ;
- Mobiliser une « structure subjectiviste », afin de sortir du carcan institutionnel des statuts figeant des relations préconstruites, de mettre l'individu au centre, non pas dans l'insouciance des autres, mais plutôt dans la déconstruction toujours recommencée des rapports, afin de sauvegarder les individualités de chacun.e ;
- Mobiliser un « rétablissement » centré sur les personnes, selon le triptyque toujours recommencé « répit - faire collectif - subjectivation », plutôt que sur la pathologie à des fins de stigmatisation.

Nous avons pu approcher l'idée que l'hôpital et le lieu de répit, deux habitats pour « accueillir » la folie, sont porteurs d'une conception opposée pour la faire exister, pour faire exister les corps des personnes présentant des troubles psychiques.

Le processus d'empowerment défendu par le lieu de répit permet de « révéler » plutôt que de « prescrire » : considérer les subjectivités pour ce qu'elles sont, mettre l'accent sur la possibilité à ces subjectivités d'exister ; plutôt que de les conformer à l'artefact normatif générique qui semble mis en place à l'hôpital.

Il s'agit de personnes trop « différentes », que l'on pathologise (ou essentialise), plutôt que de mettre entre parenthèse nos certitudes épistémologiques et de nous ouvrir à leurs potentialités enfouies. En somme, à l'hôpital, c'est une vision objectiviste du sujet qui semble défendue : un chez soi où le soi n'existe pas, où son corps est totalement dépossédé, englué dans la vision d'un médicament tout puissant qui empêche de faire l'expérience de rétablissement.

Le processus d'empowerment se fonde sur l'expérience individuelle. Il est donc, dans l'essence, accessible à toutes, car nous faisons toutes l'expérience de la vie, nous sommes toutes capables, à un moment donné, de revenir sur ces expériences, sur ce qui nous détermine, de nous poser des questions et/ou de verbaliser, quelle que soit la forme du langage. Ce processus est traditionnellement un privilège de classe, puisqu'il ne peut se

²⁶ Ces résultats peuvent servir de support à l'expérimentation d'autres formes d'alternatives au système classique des institutions.

réaliser que dans la distance à la nécessité, c'est-à-dire dans un « temps libre et libéré des urgences du monde qui rend possible un rapport libre et libéré à ces urgences, et au monde » (Bourdieu, 2003, 10). Un chez soi comme le lieu de répit est un espoir, notamment pour les personnes socialement défavorisées, puisqu'il permet de démocratiser le processus d'individualisation, et donc la légitimité à l'incarner²⁷.

S'il serait intéressant de démocratiser le processus de rétablissement au lieu de répit pour tous (Shepherd et al., 2007), il faudrait que les institutions, au sens large, l'hôpital psychiatrique, mais aussi les champs professionnels, encore trop marqués par le patriarcat, c'est-à-dire un cadrage statutaire imposant des rôles préconstruits aux individus (Zerbib, 2019, 194), soient davantage ouvertes au changement²⁸. Il faut alors être vigilant à ce que l'inclusion de nouveaux principes ne soit pas instrumentalisée, ne serve pas de vitrine ou de gage d'humanité :

On me nomme médiateur sur des trucs externes, pour dire qu'il y a des médiateurs, alors qu'en interne au quotidien je ne suis pas trop considéré. On sert un peu de pub souvent.
E10_SPNLDR_2021

Nous pensons que les institutions ne doivent pas être « inclusives », mais plutôt laissent la place ou le « vide normatif » pour permettre aux personnes concernées par des exclusions sociales d'inventer leurs propres significations inclusives pour leurs corps. Dans le cas contraire, comment ne pas comprendre la nécessité d'inventer « un mode d'organisation séparatiste » (Hooks, 2017, 158), non pas seulement un lieu de répit pour « se rétablir », mais des « chez soi » pérennes qui sauvegardent notre individualité ?

L'hôpital psychiatrique pourrait, dans l'idéal, s'imprégner du fonctionnement du Lieu de répit, cela n'ira probablement pas sans lutte symbolique. Ce rapport peut donc constituer « une base » pour dessiner la suite, une étude « d'impact » (programme de recherche du PREPS), afin de se poser les questions suivantes :

²⁷ L'empowerment reste un privilège dans le sens où c'est un mode de vie encore trop peu diffusé, encore « hors norme », qui relève de l'innovation sociale en France : il peut faire peur, ce n'est pas tout le monde qui va « prendre le risque » de se placer en dehors des normes dominantes, traditionnelles, qui induisent une catégorisation (de genre, de race, de classe, etc.) des personnes. L'empowerment reste également le privilège des personnes assez « valides » mentalement et physiquement pour l'incarner.

²⁸ Nous montrons dans nos travaux de recherche (Zerbib, 2019, 197), que la féminisation matérielle et symbolique des champs professionnels est un bon levier féministe pour soutenir l'autodétermination, pour stimuler « notre capacité à transformer le social » (Butler, 2012, 258) ou à nous transformer nous-même. Nous avons pu constater l'inertie du patriarcat au travail, c'est-à-dire que se définir par son identité statutaire (de Singly, 2017) a davantage de valeur, et que si le féminisme institutionnel existe, que l'identité personnelle (id.) est valorisée, elle est largement instrumentalisée, afin de « tirer profit [économique] de ce qui constitue la spécificité de l'être humain, c'est-à-dire ses émotions, ses affects, ses aspirations, ses ambitions, ses désirs » (Linhart, 2017, 170).

- En quoi la structure sociale du Lieu de répit transforme le champ de la santé mentale, sur les plans axiologiques (valeurs), et praxéologiques (pratiques accompagnantes) ?
- Avec l'émergence de dispositifs comme le Lieu de répit, comment rendre compte, avec des données empiriques plus conséquentes, et donc plus précisément que dans le présent rapport, des conditions sociales et mécanismes de transformation du rapport au trouble dans la psychè des personnes concernées ?

Ce sont ces questions qu'il nous appartiendra d'approfondir en réalisant une étude comparative, quantitative et qualitative, dans les mois venir. Nous serons alors en mesure de concrétiser notre objectif : proposer une alternative viable au système de soin habituel lors des épisodes de crise psychique. Cette volonté est portée en premier lieu par les usager.es, mais aussi par des acteur.trices de la psychiatrie traditionnelle, pour qui les pratiques actuelles ont largement atteintes leurs limites. C'est ainsi, le modèle du Lieu de répit permettra un réel changement systémique et social du traitement des troubles psychiques.

BIBLIOGRAPHIE

- Abbott, A. (2003). La description face à la temporalité. In G. Blundo & J.-P. Olivier de Sardan (Éds.), *Pratiques de la description* (p. 41 53). *Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales*. <https://doi.org/10.4000/books.editionsehess.19811>
- Adler, P. A., & Adler, P. (1987). *Membership Roles in Field Research*. SAGE.
- Albaladejo, C., & Casabianca, F. (1997). *Eléments pour un débat autour des pratiques de recherche-action*. INRA.
- Albrecht, G. L., Ravaut, J.-F., & Stiker, H.-J. (2001). L'émergence des disability studies : État des lieux et perspectives. *Sciences sociales et santé*, 19(4), 43 73. <https://doi.org/10.3406/sosan.2001.1535>
- Allard-Poesi, F., & Perret, V. (2003). *La recherche-action*. e-thèque.
- Ardoino, J. (1988). La recherche-action : Alternative méthodologique ou épistémologique. *Recherches impliquées, recherches action: le cas de l'éducation*, 78 80.
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of planners*, 35(4), 216 224.
- Barnes, C., & Mercer, G. (1997). Breaking the mould? An introduction to doing disability research. *Doing disability research*, 1, 1 14.
- Barthes, R., (1964), « Éléments de sémiologie », *Communications*, 4/ 1, p. 91 135.
- Bechla, I., (2017), Une analyse de la communication dans un projet de soin communautaire en santé mentale. Le lieu de répit Marseille. *Master en sciences sociales, EHESS Marseille*.
- Bellacasa, M.P. de la, (2014), *Les savoirs situés de Sandra Harding et Donna Haraway*. Editions L'Harmattan.
- Bellot, C., & Rivard, J. (2007). L'intervention par les pairs : Un enjeu multiple de reconnaissance. *Les transformations de l'intervention sociale. Entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités*, 173 204.
- Bourdieu, P. (2003 [[2e] édition revue et corrigée]), *Méditations pascaliennes*. Paris, Point.
- Brodwin, P. (2013). *Everyday ethics : Voices from the front line of community psychiatry*. University of California Press.
- Brossard, B. (2021). La dimension sociale et culturelle des troubles psychiques. *Séminaire de recherche*, IRIS.
- Bueter, A. (2019). Epistemic Injustice and Psychiatric Classification. *Philosophy of Science*, 86(5), 1064 1074. <https://doi.org/10.1086/705443>

- Butler, J., (2009) [1993], *Ces corps qui comptent : de la matérialité et des limites discursives du sexe*. Paris, Éditions Amsterdam.
- Butler, J., (2012) [2004]. *Défaire le genre*. Paris, Editions Amsterdam.
- Calton, T., Ferriter, M., Huband, N., & Spandler, H. (2007). A Systematic Review of the Soteria Paradigm for the Treatment of People Diagnosed With Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), 181 192. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm047>
- Campbell, C., & Jovchelovitch, S. (2000). Health, community and development : Towards a social psychology of participation. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 10(4), 255 270.
- Chamberlin, J. (1978). *On our own : Patient-controlled alternatives to the mental health system*. McGraw-Hill.
- Chapoulie, J.-M. (1984). Everett C. Hughes et le développement du travail de terrain en sociologie. *Revue française de sociologie*, 25(4), 582 608. <https://doi.org/10.2307/3321824>
- Ciampi, L., & Hoffmann, H. (2004). Soteria Berne : An innovative milieu therapeutic approach to acute schizophrenia based on the concept of affect-logic. *World Psychiatry*, 7.
- Coldefy, M. (2012). L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : Similitudes et divergences. *IRDES*, 8.
- Coldefy, M., Fur, P. L., Lucas-Gabrielli, V., & Mousquès, J. (2009). Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : Des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. *IRDES*, 8.
- Contrôleur général des lieux de privation de liberté (2016). *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*. Dalloz.
- De Singly, F. (2017). *Double Je - Identité personnelle et identité statutaire*. Malakoff, Armand Colin.
- Deegan, P. E. (2002), Recovery as a Self-Directed Process of Healing and Transformation. *Occupational Therapy in Mental Health*, 17(3-4), 5-21. https://doi.org/10.1300/J004v17n03_02
- Demailly, L., Bélart, C., Déchamp Le Roux, C., Dembinski, O., Farnarier, C., Garnoussi, N. & Soulé, J. (2014) Le dispositif des médiateurs de santé pairs en santé mentale : une innovation controversée. *Rapport Clersé*, Lille 1 et CCOMS.
- Derbez, B. (2010). Négocier un terrain hospitalier. *Genèses*, 1, 105 120.
- Deutsch, C. (2015). L'empowerment en santé mentale: *Sciences & Actions Sociales*, n° 1(1), 15 30. <https://doi.org/10.3917/sas.001.0015>

- Devaux, C., (2019), Evaluation de la participation au Lieu de Répit dans le cadre d'un stage pré-professionnalisant. *Master Psychologie Sociale de la santé, AMU*.
- Estroff, S. (1998), *Le labyrinthe de la folie. Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*. Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance.
- European Union Agency for Fundamental Rights (2012). *Placement involontaire et traitement involontaire de personnes souffrant de troubles mentaux*.
- Fals-Borda, O., & Rahman, M. A. (Éds.). (1991). *Action and knowledge : Breaking the monopoly with participatory action research*. Apex Press ; Intermediate Technology Publications.
- Fassin, D. (2009). Les économies morales revisitées. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 64(6), 1235-1266. <https://doi.org/10.1017/S0395264900027499>
- Faulkner, A., & Thomas, P. (2002). User-led research and evidence-based medicine. *British Journal of Psychiatry*, 180(1), 1-3. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.1.1>
- Fisher, R. J. (2006). What is Action Research? An introduction to action research for community development. [Online] Available at: http://www.cifor.org/livesinfores/publications/pdf_files/Action%20Research%20APO, 20, 2004.
- Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard.
- Gardien, E., & Laval, C. (2019). The institutionalisation of peer support in France : Development of a social role and roll out of public policies. *Alter*, 13(2), 69-82. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2018.09.002>
- Gélinas, D. (2006). L'embauche d'usagers à titre de pourvoyeurs de services de santé mentale. Dossier Participation grandissante des usagers au sein des services de santé mentale, *Le partenaire, bulletin de l'AQRP*, Vol.14, n°1.
- Gélineau, L., Dufour, É., & Bélisle, M. (2012). Quand recherche-action participative et pratiques AVEC se conjuguent : Enjeux de définition et d'équilibre des savoirs. 20.
- Girard, V. (2010). Petite histoire du rétablissement et des médiateurs en santé mentale à Marseille. Dossier Incontournables savoirs profanes dans l'évolution des métiers d'aide et de soin. *Rhizome*, n°40.
- Godrie, B. (2014). *Savoirs expérientiels et savoirs experts. Un projet expérimental dans le champ de la santé mentale*. Thèse de doctorat de sociologie, Université de Montréal, septembre.
- Godrie, B. (2016). Vivre n'est pas (toujours) savoir. Richesse et complexité du savoir expérientiel. *Le partenaire*, 24(3), 35-38.
- Godrie, B. (2019). La co-construction des savoirs au prisme de l'épistémologie et des inégalités sociales. *SociologieS*. <https://doi.org/10.4000/sociologies.11620>

- Godrie, B., Boucher, M., Bissonnette, S., Chaput, P., Flores, J., Dupéré, S., Gélinau, L., Piron, F., & Bandini, A. (2020). Injustices épistémiques et recherche participative : Un agenda de recherche à la croisée de l'université et des communautés. *Gateways: International Journal of Community Research and Engagement*, 13(1), Article 1. <https://doi.org/10.5130/ijcre.v13i1.7110>
- Goffman, E. (1968). *Asiles : Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Editions de Minuit.
- Gonzalez-Laporte, C. (2014). Recherche-action participative, collaborative, intervention... Quelles explicitations ?. *Rapport de recherche, Labex ITEM*.
- Goodwin, C. (2016). L'organisation co-opérative et transformative de l'action et du savoir humains. *Tracés*, #16, 19 46. <https://doi.org/10.4000/traces.6531>
- Hall, B. (1980). Créer la connaissance, briser un monopole, In : *Domination ou partage*. Unesco, Paris, p.67-70.
- Harvois, Y. (1986). Le contrôle, cet obscur objet du désir. *Pour*, 107, 116 119.
- Hooks, B., (2017) [1984]. *De la marge au centre. Théorie féministe*. Paris, Cambourakis.
- Jenkins, J. (2018). Anthropology and Psychiatry A Contemporary Convergence for Global Mental Health.
- Johnson, S., Gilbert, H., Lloyd-Evans, B., & Slade, M. (2007). Acute in-patient psychiatry : Residential alternatives to hospital admission. *Psychiatric Bulletin*, 31(7), 262 264. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.106.011197>
- Kilani, M. (1987). L'anthropologie de terrain et le terrain de l'anthropologie. Observation, description et textualisation en anthropologie. *Réseaux*, 5(27), 39 78. <https://doi.org/10.3406/reso.1987.1321>
- Kleinman, A. (2009). Global mental health : A failure of humanity. *The Lancet*, 374(9690), 603 604. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61510-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61510-5)
- Lampropoulos, D., Fonte, D., & Apostolidis, T. (2019). La stigmatisation sociale des personnes vivant avec la schizophrénie : Une revue systématique de la littérature. *L'Évolution Psychiatrique*, 84(2), 346 363.
- Lapassade, G. (2002). Observation participante. In *Vocabulaire de psychosociologie* (p. 375 390). ERES.
- Le Cardinal, P., Roelandt, J.-L., Rafael, F., Vasseur-Bacle, S., François, G., & Marsili, M. (2013). Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : Historique, études et perspectives. *L'information psychiatrique*, 89(5), 365. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8905.0365>

- Lecomte, Y. (2013). L'évolution des communautés thérapeutiques. In Y. Lecomte & F. Maqueda, *Actualité des communautés thérapeutiques* (p. 7). ERES. <https://doi.org/10.3917/eres.lecom.2013.01.0007>
- Lenoir, Y. (2012). La recherche collaborative entre recherche-action et recherche partenariale : Spécificités et implications pour la recherche en éducation. *Travail et Apprentissages*, N° 9(1), 14 40.
- Lichtenberg, P. (2011). The Residential Care Alternative for the Acutely Psychotic Patient. *Psychiatric Quarterly*, 82(4), 329 341. <https://doi.org/10.1007/s11126-011-9176-0>
- Lieu de Répit (2020). Lieu de Répit : un projet participatif pour une transformation sociale. Premiers résultats au 20 juillet 2020.
- Linhart, D., (2017), « Les anthropreneurs: quand le management joue l'humain contre la professionnalité », in MERCURE D., BOURDAGE-SYLVAIN M.-P. (dir.), *Travail et subjectivité : Perspectives critiques*, Paris, Hermann.
- McMillan, D. W., & Chavis, D. M. (1986). Sense of community : A definition and theory. *Journal of community psychology*, 14(1), 6 23.
- Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer support : A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 134 141. <https://doi.org/10.1037/h0095032>
- Miyamoto, Y., & Sono, T. (2012). Lessons from Peer Support Among Individuals with Mental Health Difficulties : A Review of the Literature. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 8(1), 22-29. <https://doi.org/10.2174/1745017901208010022>
- Mosher, L. R. (1999). Soteria and Other Alternatives to Acute Psychiatric Hospitalization : A Personal and Professional Review. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 187(3), 142 149. <https://doi.org/10.1097/00005053-199903000-00003>
- Mosher, L. R., Menn, A., & Matthews, S. M. (1975). Soteria : Evaluation of a home-based treatment for schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45(3), 455.
- Mougeot, F. (2020). La déstructuration d'un groupe professionnel. *Savoir/Agir*, N°52(2), 75. <https://doi.org/10.3917/sava.052.0075>
- Ninacs, W. A. (2002). *Types et processus d'empowerment dans les initiatives de développement économique communautaire au Québec*. Thèse présentée pour l'obtention du grade de Philosophiae Doctor, Université Laval, Québec.
- Nyttingnes, O., Ruud, T., & Rugkåsa, J. (2016). 'It's unbelievably humiliating'—Patients' expressions of negative effects of coercion in mental health care. *International journal of law and psychiatry*, 49, 147 153.

- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., & Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery : A review of the literature. *Psychiatric rehabilitation journal*, 31(1), 9.
- Palma-Villalobos, N., (2018), Evaluation des effets de la mise en place d'une gouvernance sociocratique au sein d'un projet alternatif aux urgences psychiatriques et aux hospitalisations sous contraintes. *Master Santé Publique, AMU*.
- Peterson, N. A., Speer, P. W., & McMillan, D. W. (2008). Validation of a brief sense of community scale : Confirmation of the principal theory of sense of community. *Journal of community psychology*, 36(1), 61 73.
- Pilgrim, D. (2008) 'Recovery' and current mental health policy. *Chronic Illness*, 4(4), 295-304. <https://doi.org/10.1177/1742395308097863>
- Pourtois, J.-P., Desmet, H., de Mons, U., & Humbeeck, B. (2013). *La recherche-action, un instrument de compréhension et de changement du monde*. 11.
- Rapporteuse spéciale sur le droit des personnes handicapées (2019), *Assemblée générale des Nations Unies*, ref. A/HRC/40/54/Add.1
- Robert, J. (2018). La circulation des savoirs au Lieu de répit projet communautaire d'accueil de crise psychique. *Master de Psychologie Sociale de la Santé, AMU*.
- Rodas-Carvajal, S., (2020), La voix du lieu de répit. Mon expérience au sein du groupe de Recherche Action Participative. *Master psychologie sociale de la santé, AMU*.
- Sarradon-Eck, A., Farnarier, C., Girard, V., Händlhuber, H., Lefebvre, C., Simonet, É., & Staes, B. (2012). Des médiateurs de santé pairs dans une équipe mobile en santé mentale. Entre rétablissement et professionnalisation, une quête de légitimité. *Lien social et Politiques*, 67, 183 199. <https://doi.org/10.7202/1013023ar>
- Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2007). *Faire du rétablissement une réalité*. 29.
- Sibitz, I., Scheutz, A., Lakeman, R., Schrank, B., Schaffer, M., & Amering, M. (2011). Impact of coercive measures on life stories : Qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 199(3), 239 244.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., & Burns, B. J. (2003). Effects of involuntary outpatient commitment on subjective quality of life in persons with severe mental illness. *Behavioral Sciences & the Law*, 21(4), 473 491.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2005). Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 14(1), 1 3.
- Vergès, F., (2020). *L'intersectionnalité et ses critiques*. L'Observatoire, 56, p. 40-41.

- Wallerstein, N., & Duran, B. (2010). Community-Based Participatory Research Contributions to Intervention Research : The Intersection of Science and Practice to Improve Health Equity. *American Journal of Public Health*, 100(S1), S40 S46. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.184036>
- Watzlawick, P., Fisch, R. et Weakland, J.H. (2014, [1975]), *Changements : paradoxes et psychothérapie*. Paris, Seuil.
- Woods, P. (1986). *Inside schools : Ethnography in educational research*. Routledge and Kegan Paul.
- Zerbib, L., (2019). *Médiations éducatives et hétérochronies de genre dans les champs professionnels*. Thèse de sciences de l'éducation, Université de Bordeaux, Bordeaux.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
RÉSUMÉ	3
SOMMAIRE.....	5
INTRODUCTION.....	7
1. CONTEXTE SOCIO-HISTORIQUE ANGLO-SAXON	8
2. CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE FRANCAIS.....	9
3. GENÈSE DU LIEU DE REPIT.....	10
3.1. Une origine ancienne.....	10
3.2. 2007, l'année charnière	11
3.3. Un Chez Soi d'Abord, du squat à la politique publique	12
3.4. MARSS, la continuité du travail d'accompagnement.....	13
3.5. Marseille, le dynamisme local d'une cité portée sur les questions de rétablissement.....	13
3.6. L'association JUST, un levier d'action concrète.....	13
3.7. Le Lieu de Répit, espace de vie communautaire au cœur de la cité.....	14
3.7.1. Petite histoire spatiale.....	14
3.7.2. Visite guidée	15
3.7.3. Perspectives urbaines	16
3.7.4. Le quotidien du dispositif.....	17
3.7.5. Perspectives.....	18
4. RECHERCHE-ACTION PARTICIPATIVE AU LIEU DE REPIT	19
4.1. Origines théoriques de la « RAP »	19
4.2. Principes de la « RAP » au Lieu de répit.....	20
4.2.1. La « RAP », outil de conscientisation.....	20
4.2.2. Participation des personnes concernées : renforcer le pouvoir d'agir	21
4.2.3. Adaptabilité de la posture du/ de la chercheur.se.....	22
4.3. Articulation de la « RAP » et du modèle interventionnel.....	23
4.3.1. Organisation du groupe de recherche-action participative (« GRAP »).....	24
4.3.2. Productions empiriques du « GRAP »	25

4.4.	Critiques et perspectives	26
5.	ELEMENTS METHODOLOGIQUES.....	28
5.1.	L'analyse des entretiens	28
5.2.	Analyse binaire : rendre visible ≠ réduire	30
5.3.	Questionner, plutôt que prescrire	31
6.	EMERGENCE DU LIEU DE REPIT : UNE ALTERNATIVE À L'HOSPITALISATION ?	31
6.1.	Nécessité d'une alternative, pour choisir	32
6.2.	Portrait du/ de la travailleur.se statutaire	33
6.2.1.	Prendre en charge	33
6.2.2.	Pathologiser.....	33
6.3.	Portrait du/ de la travailleur.se pair.e.....	33
6.3.1.	Savoir expérientiel.....	35
6.3.2.	Anti-pouvoir	36
6.3.3.	Anti-statut.....	37
7.	PROCESSUS DE STRUCTURATION DU COLLECTIF DU LIEU DE REPIT : REJET ET/ OU ASSIMILATION AU SYSTÈME ?	39
7.1.	2017-2018 : Se définir indépendamment de l'hôpital	42
7.1.1.	Se défaire de l'hospitalisation.....	43
7.1.2.	Dégressivité du traitement	43
7.1.3.	Langage et pratique inclusive	44
7.2.	2018-2019 : Définir le droit d'entrée.....	45
7.2.1.	Être disposé à la liberté	45
7.2.2.	Ne pas être trop objet de sa pathologie	46
7.3.	2018-2019 : Définir une structure flexible	47
7.3.1.	Paradoxes de "l'égalité actée" : économie du processus de structuration.....	48
7.3.2.	Paradoxes du "cadrage statutaire" : objectivisme des rôles.....	49
7.3.3.	Pour une structure subjectiviste : construction toujours recommencée	51
7.3.3.1.	Anti-structure.....	51
7.3.3.2.	Stabilité dans l'instabilité	54
7.3.3.3.	Anti-statut : invisibiliser ou spécifier les pairs ?	55
7.4.	2019-2020 : Définition de l'accompagnement.....	57
8.	EXPERIENCE DE L'HÔPITAL : "PROBLEME=SOLUTION" ?.....	58
8.1.	Cloisonnement des usager.e.s	59
8.2.	Objectivation du sujet.....	59

8.3.	Essentialisation du trouble.....	60
9.	RETABLISSEMENT AU LIEU DE REPIT : "LA SOLUTION, C'EST LE PROBLEME" ?	61
9.1.	Le communautaire	61
9.1.1.	Se re-poser.....	61
9.1.2.	Socialiser la marginalité	62
9.2.	Légitimité d'être soi	63
9.2.1.	Pour soi	63
9.2.2.	Avec les pairs	64
9.3.	Processus de subjectivation	65
9.4.	Pour quel horizon ?	66
9.4.1.	Se réinsérer "libre" dans la société	66
9.4.2.	Devenir pair.....	67
9.4.3.	Des institutions ouvertes à l'individu ?.....	68
	CONCLUSION.....	68
	BIBLIOGRAPHIE	72
	TABLE DES MATIERES	79
	ANNEXE 1 : SUIVI DES PRECONISATIONS DE LA RAP – AVRIL 2021.....	82
	ANNEXE 2 : SCHEMA DU PROTOCOLE D'INCLUSION	93

ANNEXE 1 : SUIVI DES PRECONISATIONS DE LA RAP – AVRIL 2021

Intitulé de la préconisation	Moyens opérationnels envisagés	Date de mise en œuvre	Remarques
Repenser les modalités d'entrée et de sortie du LdR	Travailler les modalités d'adressage et les critères d'inclusion avec les partenaires, notamment au sein du groupe logement	26 juillet 2019 : élargissement des critères d'inclusion ETHOS + 19 septembre 2019, changement des critères d'inclusion (ETHOS -> M-CAS)	
	Travailler avec le Laboratoire de Santé publique la cohérence entre le processus et les critères d'inclusion ET les contraintes de comparabilité de l'étude interventionnelle ultérieure à la phase pilote.	19 septembre 2019 + Travail toujours en cours au 25/07/2021 (articulation recherche-intervention en fonction des contraintes réciproques)	Incidence conséquente des critères de recherche sur le dispositif interventionnel (critère de crise psychotique, randomisation)
Permettre aux acteurs impliqués dans le projet d'avoir une culture commune, de s'approprier des valeurs, méthodes, principes d'action et modèles pour avoir des pratiques collectives et un savoir-faire réflexif.	Organiser les formations communes : Open dialogue, IPS, rétablissement par des intervenants extérieurs au LDR, pour créer un dénominateur commun des modèles de référence (OD-IPS- Ligne chaleureuse)	21 janvier 2020, démarrage de la formation Open Dialogue + 9 février 2021, formation au rétablissement par Esper Pro au LDR	Pas de formation IPS, culture commune à construire constamment en fonction des modifications de l'équipe d'intervention.
Renforcer l'implication des personnes porteuses de savoirs expérimentiels au sein du projet	Créer un groupe non mixte de personnes ayant une expérience directe (de la crise ou de l'accompagnement à la crise) ou du soutien (en tant qu'aidant naturel), se portant garant de l'éthique et de la cohérence globale du projet.	2 rencontres de groupe non-mixte.	Pas de continuité.
	Renforcer les temps de salariés et bénévoles PAIRS dans le projet.	Septembre 2019 + Mars 2021 + Mai 2021	Intérêt du soutien au recrutement, à la prise de poste et au maintien dans l'emploi de la plateforme MSP.
S'approcher d'une gouvernance sociocratique du projet	Se co-former à la sociocratie et co-construire un modèle de gouvernance s'inspirant de la sociocratie adapté au contexte pour en favoriser son appropriation par les acteurs et son inscription dans les pratiques.	Essai d'appropriation du modèle sociocratique en mars 2019 (CR de réunion du 26/03/2019), mais abandon de l'approche sociocratique pour cause d'inopérabilité et détournement du modèle	Modèle qui ne s'est pas implanté à moment donné, dans un contexte particulier (fortes tensions collectives). Mais la gouvernance horizontale est toujours un souhait des acteurs.
Co-construire des points de repère adaptés aux besoins des personnes impliquées, aux objectifs du projet et au contexte évolutif	Garantir la cohérence entre la procédure d'inclusion des personnes soutenues et hébergées et les ressources disponibles (Lieu de répit et ses partenaires).	Septembre 2019, recentrement du modèle d'intervention sur l'accompagnement de la crise psychique (et non sur l'accompagnement au logement) + septembre 2019, mise en place d'une rencontre de pré-inclusion.	
	Privilégier une augmentation des temps de travail hebdomadaires (compte tenu des effets négatifs des mi-temps)	Septembre 2019, recrutement de la "nouvelle" équipe d'intervention.	

Intitulé de la préconisation	Moyens opérationnels envisagés	Date de mise en œuvre	Remarques
	Définir un système de recueil et de partage de données, de coordination et de transmission d'informations respectant la confidentialité, planifié dans le temps.	Septembre-octobre 2019	
	Co-élaborer des règles et auto-évaluer régulièrement leur efficacité sur le terrain : fonctionnement général interne, procédures, « règlement intérieur », partenariats stratégiques...	Octobre 2019 + Mai 2021	Evaluation et réévaluation non mises en œuvre. Accompagnement par une avocate pour la rédaction du nouveau contrat d'accueil.
Clarifier l'occupation de l'espace du Lieu de répit	Définir au niveau physique la fonction des espaces (espaces d'hébergement, espaces communs, espaces de réunion, statut du 4e étage) et leurs usages dans le temps, en fonction des besoins des personnes (espaces collectifs/privatifs).	"Réappropriation" des espaces à partir de septembre 2019, puis "stabilisation" depuis 2020	Utilisation des espaces soumise à modification régulièrement. Processus long d'agencement des locaux (ex. buanderie), du fait de la spécificité de l'activité (pas de temps dédié hors soutien à la crise).
Prendre soin du cadre de vie	Lister et partager les tâches inhérentes au fonctionnement du lieu/bâtiment (courrier, factures, maintenance et réparations, etc.).	Progressive à partir de septembre 2019	Processus long, lien avec Soliha réaffirmé depuis mai 2021, référente bâtiment depuis mai 2021. Question des tâches ménagères, de l'hygiène se repose sans cesse. Soucis techniques récurrents empêchant le fonctionnement (ex. canalisations bouchées).
	Favoriser une appropriation des règles de vie, en s'appuyant sur des outils spécifiques, et penser les conséquences de leur non-respect.	Octobre 2019 + rappels récurrents par la suite.	Maintien du cadre complexe à réaliser, surtout jusqu'au départ des "anciennes personnes accueillies" (mars 2021). Par la suite, rappels des règles réguliers selon les situations.
Centrer le soutien et l'accompagnement sur les besoins, envies et rêves de la personne	Faciliter l'expression et la recherche par les personnes de leurs besoins, envies et solutions.	Octobre 2019, puis mai 2021	Processus.
	Se former ensemble au rétablissement, au soutien intentionnel par les pairs (IPS) et au Dialogue ouvert.	Janvier 2020 + divers sessions depuis mars 2021 (dont CR 9 février 2021).	
	Accompagner les personnes pour faire évoluer leurs pratiques, s'approprier des méthodes et outils (plan de rétablissement, directives anticipées...).	Hiver 2019-2020 + été 2020 + été 2021	

Intitulé de la préconisation	Moyens opérationnels envisagés	Date de mise en œuvre	Remarques
	Pratiquer l'Open dialogue.	???	Mise en œuvre complexe, accompagnement par ODAMARS non effectif à ce jour.
	Expérimenter un travail collectif hebdomadaire avec chaque personne, autour de son plan d'intervention.	Octobre 2019	"Routinisation" des entretiens hebdomadaires longue à se mettre en place, contenu qualitatif des entretiens à améliorer (été 2021).
Défendre les choix de la personne, à plusieurs au sein du LDR et avec les partenaires	Renforcer les partenariats existants (pratique de l'open dialogue avec Marss et évolution des modalités d'intervention) et développer de nouveaux partenariats (structuration des liens avec les urgences, travail en réseau avec les acteurs du soin, de la santé, du social, de l'inclusion sociale...).	Processus	Difficultés à concilier besoins interventionnels du LDR et besoins / modalités de fonctionnement des partenaires (MARSS, 1CSA).
	Organiser un système de communication avec les partenaires privilégiés de l'accompagnement et définir les limites de chacun.	Progressive à partir de septembre 2019	Partenariat privilégié et soutenu avec l'équipe mobile de crise ULICE, plusieurs rencontres par semaine + appels téléphoniques, etc.
	Penser l'articulation et la complémentarité des accompagnements pour permettre alternativement des suivis conjoints ou exclusifs (LDR et ses partenaires).		Ok pour ULICE, plus compliqué avec d'autres partenaires. Ex. Un Chez Soi d'Abord, articulation encore en travail en juillet 2021, MARSS articulation très difficile.
	Penser des stratégies d'accompagnement individualisé aux soins somatiques et psychiques.	été 2020	Partenariat renforcé avec le MG du quartier et la pharmacie de proximité.
Créer des outils d'auto-évaluation pour les personnes soutenues et soutenant d'autoévaluer en continu du soutien et de l'accompagnement	Permettre aux personnes d'explicitier le sens de leur crise, de leur soutien aux personnes en crise.	Non	
	Définir avec les personnes soutenues et soutenant les critères de réussite du soutien et de l'accompagnement.	Mars 2021	
Permettre aux personnes soutenues de trouver des solutions de logement et d'hébergement post LDR	Elargir le groupe logement aux personnes en recherche de logement ou d'hébergement.	Non	Groupe logement non opérationnel après mars 2019

Intitulé de la préconisation	Moyens opérationnels envisagés	Date de mise en œuvre	Remarques
	Elargir le groupe à plusieurs partenaires du logement et de l'hébergement, contractualiser pour renforcer les partenariats.	Non	Groupe logement non opérationnel après mars 2019
	Elaborer des stratégies pour intervenir en appui des structures partenaires en cas de crise (en post hébergement LDR).	Non	Pas ou très peu d'interventions post-LDR à ce jour, peut-être pour cause d'inadéquation avec le modèle d'intervention ?
Définir comment accompagner ?	En interne, co-définir les domaines de compétences de l'équipe d'intervention et des groupes, les savoir-faire et missions/tâches, spécifiques et communs.	A partir de septembre 2019 + été 2020 + processus	
	En externe, co-définir la répartition des domaines de compétences entre le LDR et ses partenaires.	Processus	A partir de septembre 2019, recnetrement de l'activité sur l'accompagnement à la crise psychique + échanges avec les partenaires.
Organiser une prise de décision en cas d'urgence à agir pour défendre les choix de la personne	Protocoliser la prise de décision "rapide" et "partagée" entre un maximum d'intervenants présents.	Septembre 2019	Préconisation plutôt "ponctuel" (en réponse à un contexte spécifique), dont le besoin s'est estompé avec l'organisation des plannings.
	Garantir une restitution des motifs de l'action entreprise au reste de l'équipe, pour définir ou réajuster au besoin les accompagnements à venir.	Processus + dynamique de groupe + analyse de pratiques	Fin des temps cliniques durant les réunions (été 2020) -> modification des forme d'échanges sur les pratiques.
assurer une disponibilité 24H/24	Assurer une réponse 24h/24h.	Septembre 2019	Astreinte téléphonique.
	Mettre en place la ligne chaleureuse.	Non	
	Rémunérer les astreintes téléphoniques.	Septembre 2019	
Renforcer les capacités des acteurs à co-agir et co-chercher en étant force de proposition et permettre à l'équipe d'intervention de s'appuyer sur la RAP	Co-construire une culture et des pratiques communes à travers des formations, l'analyse de pratiques, des voyages d'études...	Non	Voyage d'étude reporté une 1ère fois, puis une 2ème, puis Covid.
	Assurer une participation significative et tournante des membres du collectif LDR au groupe RAP/intégrer le groupe RAP à des sessions de travail de tous les autres groupes.	Mars 2019 + fluctuante.	Implication de l'équipe recherche dans la "coordination" du projet. Très peu de participation des membres de l'équipe d'intervention au GRAP, pour différentes raisons (qu'il faudra détailler)

Intitulé de la préconisation	Moyens opérationnels envisagés	Date de mise en œuvre	Remarques
	Instituer une procédure de validation des propositions du groupe RAP à tester au sein du projet dans toutes ses dimensions.	Non	
	Organiser des temps d'échanges sur les enjeux de pouvoir et de partage des pouvoirs.	Octobre 2019 ?	Dynamique collective plutôt globalement négative de septembre 2019 à septembre 2020.
Confronter la réflexion des personnes accompagnées à la réflexion des personnes accompagnantes - espaces de critique constructive	Evaluer l'efficacité de l'accompagnement avec chaque personne accompagnée via des entretiens individuels ou collectifs, de manière rétrospective.	A partir de septembre 2019	
	Favoriser la participation régulière du groupe garant de l'éthique à la RAP.	Non	Peu de rencontres du groupe "usagers"
	Autoriser la RAP à participer aux temps d'élaboration des plans individuels d'intervention des personnes hébergées.	Non	Axe de travail non retenu / non mis en œuvre.
Favoriser la participation et l'implication des acteurs concernés dans la RAP	Impulser et animer des rencontres avec les personnes soutenues et soutenantes (équipe d'intervention)	Fluctuante	Pas de temps conjoint régulier recherche-intervention à partir de septembre 2019, mais travaux ponctuels : FG, PRI, workshop accueil, restitution du rapport intermédiaire, etc.
	Organiser des rencontres avec les groupes actifs au LDR,	Non	
	Organiser des rencontres avec des partenaires concernés par et/ou impliqués dans la RAP,	Fluctuante	Implication variable des partenaires. Faire un récapitulatif de la participation au GRAP en fonction du temps.
	Organiser le travail en réseau avec les partenaires, valoriser les projets faits en réseau.	En cours	Partenariat avec Esper Pro, le centre référent, le CoFor.
étudier les effets de la participation/implication des personnes impliquées dans le projet, en particulier des habitants et pairs aidants (dans ses différentes formes) sur l'empowerment	Animer un focus groupe et conduire des entretiens avec plusieurs habitants 6 mois après l'accueil au LDR.	Septembre 2019	
	Animer un focus groupe et conduire des entretiens sur les savoirs expérientiels des membres de l'équipe d'intervention (travailleurs pairs),	Mars 2020	

Intitulé de la préconisation	Moyens opérationnels envisagés	Date de mise en œuvre	Remarques
	Comprendre et tenter de réduire les écarts entre le ressenti des personnes interviewées et l'autocritique de l'équipe d'intervention exprimée dans le cadre de cette recherche exploratoire.	Processus	Relevé d'activité plus conséquent à partir de mars 2021 -> prise de conscience de la quantité et de la qualité du travail réalisé.
S'appuyer sur des expériences inspirantes pour faire évoluer les pratiques	Organiser des voyages d'étude à la découverte d'expériences inspirantes : expérience de Parachute à New York aux Etats Unis et celles portées par divers acteurs notamment des centres de crise au Québec au Canada (été 2019).	Non	
	Faciliter les échanges et rencontres avec des porteurs d'expériences inspirantes à Marseille, en France et dans d'autres pays.		Quelques rencontres, en fonction de l'évolution du Covid.
	Rendre opérationnels pour l'expérience marseillaise les enseignements tirés de la découverte des autres expériences à l'étranger.	Non	
renforcer la dimension participative de la recherche interventionnelle à compter de septembre 2019, qui comprend 4 volets (participatif, quantitatif, qualitatif et médico-économique).	Affiner le protocole de recherche interventionnelle (projet du laboratoire de santé publique financé par le PREPS) avec tous les acteurs concernés : validation collective des critères d'inclusion, de la durée d'hébergement, des critères de l'état de crise...	Septembre 2019, mise en œuvre relative	Rencontres régulières de recherche, mais pas de mise en œuvre du PREPS à ce jour.
	Renforcer l'équipe de recherche-action participative (projet CNSA) et de recherche interventionnelle (projet PREPS) et soutenir la dimension participative : co-agir, co-chercher, co-construire des actions, croiser et co-produire des savoirs, co-évaluer des résultats et processus...	Non	Diminution quantitative et qualitative (en termes d'expérience et de formation) de l'équipe CNSA, recrutement d'un coordinateur de la recherche qualitative PREPS, mais non embauché à ce jour.
Encourager la participation des personnes accueillies	Définir un socle commun relatif à l'accompagnement des personnes : Quelle posture incarner ? Quelles façons de communiquer ? Et de considérer ?	Processus	Axe de travail sous-jacent et sans doute moins priorisé que l'organisation concrète de l'intervention.

Intitulé de la préconisation	Moyens opérationnels envisagés	Date de mise en œuvre	Remarques
	Ouvrir systématiquement les réunions, les temps de transmission et les groupes de travail aux personnes accueillies	Avril 2020 ?	Les temps de transmission ne sont pas systématiquement ouverts pour des raisons de partage d'informations confidentielles et/ou propres à l'équipe d'intervention.
	Accompagner l'implication des personnes avec des méthodes structurées d'animation participative (si besoin, se conformer aux méthodes d'animation participative)	Peu mis en œuvre	Diminution de l'implication dans la recherche, manque de compétences sur la participation, pas de formation réalisée.
	Accompagner les personnes à s'exprimer et mettre en place leurs propres actions	Processus	
	Valoriser l'investissement des personnes en leur proposant des contrats de bénévolat	Aléatoire	Fluctuation de l'implication bénévole selon les périodes + Covid
	Élaborer des fiches de fonctions pour les bénévoles, explicitant les savoirs-être et savoirsfaire éventuellement attendus pour certaines missions		
	Mesurer la participation par des indicateurs quantitatifs (nombre et type d'acteurs par actions et réunions) et qualitatifs (entretiens individuels et focus group)		Peu de documents produits, d'entretiens réalisés, sur la participation
Organiser une gouvernance horizontale et performante	Retour à une organisation en groupes de travail autonomes - composés de personnes accueillies, bénévoles et salariés - reliés à un groupe plus large se réunissant le mardi	Non	Sous-groupes peu opérationnels. Repérage de compétences et répartition des tâches dans l'équipe d'intervention (ex. plannings, bâtiment, etc.)
	Formaliser les missions et responsabilités de chaque groupes de travail ;		Cf. point précédent.
	Mettre en place un référentiel commun des pratiques de gouvernance, accessible facilement pour pouvoir s'y référer	mars 2021	Recensement des pratiques d'intervention par Thomas Siaddous, lors de sa prise de poste. Document source à réévaluer.
Continuer à structurer le modèle d'intervention	Élaborer des fiches de fonctions détaillées pour les salariés		Evolution du poste de coordination à partir de mars 2021. Convergence de la coordination RAP et intervention.

Intitulé de la préconisation	Moyens opérationnels envisagés	Date de mise en œuvre	Remarques
	Harmoniser les pratiques d'accompagnement par des temps de formation, d'analyse de pratiques et d'évaluation individuelle	Processus + mars 2021	Mise en place d'un temps de travail collectif hebdomadaire sur les outils de rétablissement (au sens large) + organisation d'un autre temps de travail hebdomadaire hors questions organisationnelles.
	Expérimenter la mise en pratique des nouveaux « Cahier de rétablissement » et « Carnet de bord »	Travail inachevé.	Le classeur individuel est en place, mais il ne s'apparente pas réellement à un cahier de rétablissement. Des travaux sont en cours (formation, temps collectifs, etc.) sur l'utilisation d'outils spécifiques au rétablissement.
	Évaluer l'ensemble des outils propres au dispositif, par le biais de formulaires et de Focus Group	+/-	Reste à organiser.
	Améliorer l'articulation collective des accompagnements en repensant le système de références	Avril 2020 + mai 2021 ?	Encore améliorable à mon sens, notamment sur l'articulation de l'accompagnement entre les référents.
	Remplacer les réunions cliniques du mardi par des réunions réflexives où la personne concernée est présente avec son réseau, selon les principes de l'Open Dialogue	Fluctuante	Quelques rencontres de réseau, mais approche OD non systématisée.
Renforcer la visibilité du Lieu de Répit	Rencontrer régulièrement les partenaires et formaliser des conventions	2020-2021	Quelques conventions, rencontres partenariales régulières durant le 2ème trimestre 2021.
	Approvisionner mensuellement les structures en flyers	Non	Distribution aléatoire.
	Créer un groupe de travail en charge de développer des outils de communication (site internet, etc.).	En cours	Besoin repéré en lien également avec la visibilité accrue du dispositif et les sollicitations médias.
Améliorer l'offre de soins	Articuler la continuité de l'offre de soins avec les équipes d'adressages et les partenaires assurant le relai après le séjour au LDR		Plusieurs pistes sont à l'étude : Esper Pro, CRP, IML, etc.

Intitulé de la préconisation	Moyens opérationnels envisagés	Date de mise en œuvre	Remarques
	Faciliter l'accès à d'autres services (COFOR, ODDU, PADDUP, La Rehab, etc.) en s'y rendant avec les personnes et/ou en invitant les partenaires au Lieu de Répit pour des animations spécifiques		Peu de déplacements avec les personnes accueillies.
	Rémunérer des intervenants extérieurs pour proposer au Lieu de Répit des activités thérapeutiques telles que la méditation (MBSR), la sophrologie, etc.	Non	

Autres actions mises en place pour l'amélioration du modèle interventionnel

Catégorie	Type d'action	Groupe de réflexion	Remarques
Amélioration de l'entretien du bâtiment, du suivi des travaux, de mise aux normes, de connectivité	Redynamisation du groupe bâtiment, désignation d'un référent dans l'équipe d'intervention, adaptation du planning (0,2 ETP dédié), renforcement du lien avec le bailleur (Soliha)	Intervention / coordination / association (coordination admin et financière)	Action indispensable. Le non-suivi de l'entretien du bâtiment a favorisé la dégradation du cadre de vie.
Budget	Amélioration de l'articulation entre la coordination associative et la dimension interventionnelle, mise en place d'un suivi de trésorerie	Coordination, association (coordination admin et financière), référent.e compte équipe	Point déjà existant mais améliorable, processus à poursuivre.
Cadre interne (contrat d'accueil et règlement)	Nouvelle mouture du contrat d'accueil rédigée par une avocate + coord., signature d'un droit à l'image, intégration de l'entretien des locaux dans le contrat de séjour	Coord. + avocate	Le règlement intérieur n'a pas été révisé à ce jour (1er sept. 2021), révision programmée et nécessaire car la version du règlement intérieur date de fin 2019.
Informations et accueil	Réflexions sur la mise en place d'un "Guide pratique du LDR" pour les nouvelles personnes accueillies	Intervention / coordination...	
Participation des personnes accueillies aux espaces de décision	Inviter les personnes accueillies à participer à la réunion collective du mardi, apporter une régularité dans l'organisation des "Conseils de maison" = espace de réflexion où les personnes accueillies sont majoritaires.	Intervention / personnes accueillies	Les espaces de décision externes (CoPil, CA, rencontres financeurs, etc.) sont peu occupés par les ISMC, encore moins par les personnes concernées. Voir aussi document "Présence aux réunions.
Amélioration de la dynamique collective salariale	Mise en place d'une supervision	Intervention / coordination	Procédure de choix pertinente, le temps a été pris pour faire le "bon" choix, rencontre de 3 intervenants différents, le choix a fait consensus dans l'équipe, les séances portent leurs fruits -> amélioration de la dynamique de groupe, réduction des conflits, apaisement des tensions.
Mettre en place des interventions extérieures	Projet Transat	Intervention	Projet complexe à mettre en place, du fait de la dynamique particulière du lieu, mais retours positifs de toutes les parties prenantes.
Plaidoyer	Lettre de soutien de personnalités marseillaises de la psychiatrie	Association	Action non directement imputable au LDR, n'affectant pas directement le modèle d'intervention, mais montrant l'intérêt suscité par le dispositif.

Catégorie	Type d'action	Groupe de réflexion	Remarques
Plaidoyer	Colloque sur la santé mentale et les alternatives	Ad hoc (coordination, partenaires, usagers)	Très peu de présence de la nouvelle équipe salariée. Résultats mitigés. Non spécifique LDR.
Formation	Intervention sur les DAiP	Réseau	Sensibilisation et non formation
Mise en place d'outils pour améliorer la transmission d'informations	Fiche de renseignements 1er contact	GRAP / Intervention	Co-écriture recherche-intervention
Informations et accueil	"Workshop" Accueil	GRAP / Intervention	Co-élaboration recherche-intervention, rareté des co-élaboration en 2020.
Renforcer la visibilité du Lieu de Répit	Reportage	Communication / Coordination / intervention / collectif	Impact significatif
Renforcer la visibilité du Lieu de Répit	Engagement auprès de Soliha dans la semaine du logement d'abord	Coordination	
Renforcer la visibilité du Lieu de Répit	Partenariat avec le centre référent	Coordination	Permet le référencement du LDR sur rétab.fr au niveau national, renforcement du réseau local orienté rétablissement.
Communication, dynamisation de la communauté	Liste de diffusion par mail, organisation de temps de rencontre avec les anciennes personnes accueillies	Collectif	Diffusion dans les premiers temps du LDR (2017-2018 env.), puis restriction des diffusions, en lien avec la dégradation de l'ambiance coll. Reprise progressive depuis été 2021 (organisation journée table ouverte). (Re)création de liste mails à réaliser.
Renforcer le lien avec les ressources de la communauté	Orientation et partenariat avec le groupe d'entendeurs de voix, 1 sens pour des sens	Collectif	Dépendance à la dynamique du groupe d'auto-support.
Permettre aux personnes soutenues de trouver des solutions de logement et d'hébergement post LDR	/ Formation SIAO d'une ISMC, LDR = adresseur SIAO	Equipe d'intervention	
Communication générale	Création de supports de communication (Flyers, présentation succincte recto-verso, PPT, etc.)	Recherche-Coordination	Amélioration progressive de l'offre de supports de communication à fournir aux partenaires.
Amélioration de la communication avec les financeurs (ARS PACA essentiellement)	Notes de synthèse, RA, données d'activités	Coordination/recherche/équipe/structuration	La transmission de données à l'ARS a eu plusieurs objectifs et a pris plusieurs formes en fonction des moments. Stabilisation été 2021.

ANNEXE 2 : SCHEMA DU PROTOCOLE D'INCLUSION

