



En partenariat avec le Collectif Lieu de répit,
l'association Justice & Union for Social Transformation (JUST) et Marss

Rapport Final

«La crise: un moment clé pour garder ou retrouver son logement»

Voyage d'études pour améliorer les connaissances sur les politiques, dispositifs, outils et pratiques d'accompagnement

Version finale au 27 février 29

Rapport élaboré à plusieurs mains avec :

*les participants aux voyages d'études et à partir de leurs contributions,
et les membres du collectif, dans le cadre de leurs contributions avant le voyage et pendant la restitution*

Cet appel à projets vise **trois objectifs** :

- I **améliorer les connaissances** sur les politiques, dispositifs, outils et pratiques d'accompagnement ;
- I **questionner nos pratiques nationales** ;
- I **identifier des pratiques inspirantes pour les expérimenter et envisager un éventuel transfert.**

RH = Runaway House

Note de synthèse

Brève description de l'objectif de la mission d'étude

Objectifs initiaux des voyages d'études

- | Favoriser le transfert des connaissances théoriques et pratiques : l'enjeu est de commencer à pratiquer avant, pendant et après le voyage d'étude pour à long terme former d'autres personnes en langue française.
- | Comprendre comment ces pratiques innovantes s'inscrivent dans un modèle d'intervention et une organisation d'équipe singulière.
- | Documenter la façon dont ces dispositifs se sont implantés tant d'un point de vue local que plus général. Comment ils ont tissé des liens partenariaux avec d'autres acteurs afin de pouvoir répondre aux besoins des personnes. L'enjeu est alors de comprendre le contexte pour l'adaptation au contexte local marseillais et plus général français.
- | Recueillir le point de vue des personnes directement utilisatrices du dispositif afin d'avoir une vision des personnes directement concernées.
- | Créer des liens permettant de continuer à échanger au-delà du programme.

Objectifs actualisés du voyage d'études à Berlin

- | **Découvrir in situ un projet innovant de Lieu de répit à Berlin, la Runaway House, et ses partenaires**
- | **Acquérir des nouvelles connaissances et compétences et/ou renforcer des capacités à accueillir et soutenir des personnes en crise psychotique au LDR**
- | **Évaluer notre parcours au LDR et comparer nos pratiques avec les pratiques de la Runaway House**
- | **S'appuyer sur un projet probant à Berlin, la Runaway House, et son (auto)évaluation par les parties prenantes pour créer les conditions du fonctionnement du Lieu de répit et la réussite du projet.**
- | **Et plus largement, rencontrer des personnes impliquées dans l'open dialogue (personnes concernées, professionnels, proches, aidants...), partager des réflexions, des pratiques, des expériences, échanger, co-rechercher, co-agir, découvrir, auto-évaluer, tirer des leçons, préconiser, co-transformer, dans le cadre du processus de recherche-action participative**
- | **Participer à l'essaiage de pratiques, démarches et projets favorisant le rétablissement de personnes concernées par les troubles psychotiques**

Résultats : présentation des pratiques inspirantes pouvant être reprises en France et conditions de leur transfert

Pratiques inspirantes

- **Action politique, actions de plaidoyer ayant des effets sur l'environnement politique et structurel, utilisation des media, modification législatives, actions militantes et force du mouvement antipsychiatrie et d'autres mouvements favorables aux alternatives...** (ex : utilisation, promotion et respect des directives anticipées)
- **Pratique de l'Open Dialogue au LDR, avec les partenaires, et pratiques inspirées de l'Open Dialogue** (ex : rencontres, réunions...)
- **Pair aideance**
- **Fonctionnement d'un lieu de soutien aux personnes en crise : la Runaway House**
- **Actions politiques et/ou de soutien de personnes concernées par des troubles, développées par d'autres acteurs** (hospitaliers, ambulatoires, associatifs, publics, collectifs, groupe d'autosupports, centre de formation au rétablissement...)
- **Gouvernance** : respect des règles du collectif intégrées par chacun, modalités de prise de décisions, transparence...

Conditions de leur transfert

Importance d'adapter les pratiques aux publics et territoires. Tout n'est pas à transférer ! L'observation de certaines pratiques a permis de constater que les pratiques en

cours au LDR étaient parfois davantage inspirante (ex : (co)animation de rencontres, +1, +2,+3/binôme..., modalités de prise de décision...)

1. Objectifs et contexte de la mission d'étude

Notre vision est celle du mouvement national SOLIHA : « **La valeur d'une société s'apprécie à la considération qu'elle porte aux plus faibles de ses membres** ».

Cela se décline en valeurs, mission, ambition et positionnement.

Nos valeurs

- | Placer la personne et l'habitant au cœur de notre projet social
- | Œuvrer en faveur de la cohésion sociale, de la mixité des territoires et de la mise en œuvre du droit opposable au logement,
- | Porter la cause des mal-logés et être force de proposition active auprès des pouvoirs publics

Notre mission

- | Nous facilitons l'accès et le maintien des personnes vulnérables et fragiles dans un logement décent et nous réhabilitons le parc ancien dans le respect de ses habitants et des projets attenants.

Notre ambition

- | Nous voulons consacrer nos énergies et nos expertises à assurer un logement digne pour tous nos concitoyens, en mobilisant le parc privé à vocation sociale et en conjuguant dans notre action, utilité sociale et création de valeur économique.

Notre positionnement

- | Bâisseurs de solidarité pour l'habitat, nous sommes le premier réseau associatif national au service des personnes et de leur habitat.

Objectifs et enjeux pour le porteur de projet

SOLIHA et le réseau de partenaires qui constitue l'équipe projet sont impliqués dans une expérimentation unique en France d'un Lieu de répit qui a débuté fin 2016.

Ce projet se positionne comme une **alternative aux urgences psychiatriques et/ou à des hospitalisations sous contraintes en ciblant prioritairement les personnes vivant à la rue (sans-abri de longue durée). Les enjeux en termes de transférabilité** sont donc imminents et très opérationnels.

En tant que bailleur social, SOLIHA expérimente sur le terrain depuis longtemps que **situation de crise psychique et perte de logement sont extrêmement liées**. Que, de plus, la seule réponse à la crise psychique quelle que soit son intensité et ses symptômes dans le logement et la gestion de ce dernier, est l'expulsion domiciliaire. Cette perte de logement est souvent de longue durée chez les personnes en situation de handicap psychique.

Ayant participé au projet innovant « Un chez soi d'abord » SOLIHA a pu expérimenter la pertinence d'innover avec une équipe de recherche afin de changer les pratiques.

SOLIHA Provence a de plus imaginé d'autres moyens d'action comme le **dispositif de sauvegarde de bail pour les personnes atteintes de troubles psychiques**, en cours de procédure contentieuse voire en expulsion avec concours de la force publique. L'outil contractuel créé a ainsi été déposé à l'INPI.

Son action auprès des populations souffrant de troubles ne s'arrête pas là car **SOLIHA Provence œuvre avec les CMP de l'hôpital Edouard Toulouse, à l'accession et au maintien en logement des personnes accompagnées** dans ce cadre-là. L'association est **administratrice d'un GCSMS santé mentale habitat sur Marseille** et est grandement mobilisée sur le **projet d'alternative à l'incarcération de personnes en situation de handicap psychique par l'accès au logement et au suivi intensif dans la communauté**, porté par Médecins du Monde et validé par 5 ministères.

A son arrivée à Berlin, Christine a rappelé les objectifs de Soliha Provence et **ce qui a motivé le portage du projet de voyages d'études : « Créer des dispositifs innovants ».**
« Just était une trop jeune asso pour porter le projet. C'est un projet unique en son genre car c'est un projet en plusieurs mains (...) »

Note de cadrage sur les politiques en direction des publics concernés par la mission d'étude et les cadres réglementaires (gouvernance de l'offre, financement, encadrement des interventions ou référentiels de pratiques, profils des personnels...) dans les pays visités

« Ici, ils ont été obligés de remettre en question le système en raison des diverses ruptures (mur...) » dit Sabine, ancienne salariée de la RunAway house, actuellement chargée de mission soutien aux personnes en crise au Lieu de répit. **Les autres participants au voyage d'études constatent un mouvement collectif plus radical en Allemagne, d'une autre ampleur que ce qu'on connaît ici. A Marseille, il n'y a pas tant que ça de lieux collectifs ; ici des rues entières sont « squattées », il y a des « house projects »....**

Du côté de la psychiatrie, il y a aussi des différences, mais aussi des similitudes ! Un article nous éclaire sur le contexte :

« En Allemagne, **le développement de la psychiatrie à l'hôpital général s'est fait dans le milieu des années 1970**. Sur les 54 000 lits de psychiatrie que comptait l'Allemagne en 2007, 40 % sont implantés dans des hôpitaux généraux. **Une des spécificités de l'Allemagne est de disposer d'un nombre important de lits pour des traitements psychosomatiques**, 3 000 sont implantés à l'hôpital et 15 000 dans des centres de réhabilitation. Initialement conçus pour des patients souffrant de troubles somatiques avec une forte composante psychosomatique ou une comorbidité psychologique, ces lits sont davantage dédiés aujourd'hui aux patients souffrant de troubles psychiques modérés, de type anxio-dépressif (Berger, 2005 ; Salize et al., 2007). (...)

Le processus de désinstitutionalisation a été ralenti en 1990 par la restructuration du système de santé mentale de l'Allemagne de l'Est. Des réformes y avaient cependant été entreprises dès les années 1960, avec l'ouverture d'unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux et le développement parcimonieux de soins de proximité. Toutefois, le système de soins reste dominé par les hôpitaux psychiatriques et, surtout, la faiblesse économique de l'Allemagne de l'Est se traduit par un manque de ressources dans les services de santé mentale (Salize et al., 2007). De fait, une division Est-Ouest persiste dans l'offre de services de proximité. De nombreux établissements hospitaliers (hôpitaux généraux et psychiatriques) supervisent ainsi des **services de psychiatrie ambulatoire** (Institutsambulanz), en particulier pour les patients souffrant de troubles graves, et ceux pour lesquels des soins pluriprofessionnels sont nécessaires. On comptait, en 2002, 304 services ambulatoires. Cette offre a été complétée par la création de 219 services similaires (Ermächtigungsambulanz), dont l'objet est de traiter les patients ayant des problèmes spécifiques, adressés par des psychiatres exerçant en cabinet. Des soins à domicile sont également proposés. **Les équipes comprennent, en plus des psychiatres, du personnel infirmier, des travailleurs sociaux et d'autres groupes professionnels (par exemple, les ergothérapeutes).** Elles dispensent notamment des activités de prévention et font des visites à domicile (Salize et al., 2007). Seconde modalité de prise en charge en ambulatoire en Allemagne, **les services sociaux psychiatriques** (Sozialpsychiatrische Dienste) sont destinés aux personnes atteintes de maladie mentale chronique. **Complémentaires aux services hospitaliers et ambulatoires, ils incluent aussi les soins de réhabilitation de long terme.** Dans la plupart des Länder, ils sont dirigés par des psychiatres et intègrent des travailleurs sociaux et/ou des infirmiers psychiatriques. Ils fournissent un large éventail de soins incluant des activités de prévention et des soins de jour. En 2000, 586 services sociaux psychiatriques étaient dénombrés en Allemagne (Arbeitsgruppe Psychiatrie 2003) [Salize et al., 2007]. Malgré ces avancées, **l'accès à la réhabilitation et l'intégration sociale des individus sont considérés comme insuffisants** (Busse et Riesberg, 2004). (...)

En Allemagne, où l'organisation se rapproche le plus du système français, une grande variabilité régionale s'observe dans l'équipement en lits psychiatriques au niveau national : le taux varie ainsi de 5,3 lits pour 10 000 habitants dans le Land de Saarland à 10,6 dans celui de Brême. Comme dans beaucoup d'autres pays, l'écart entre zones urbaines et rurales est très important, tant pour le nombre de lits que pour l'offre de services de santé mentale en général (Salize et al., 2007). Le système de santé étant organisé au niveau de chaque Land, il existe une grande variété des secteurs producteurs de soins et des disparités régionales. Les taux de lits hospitaliers sont fixés par les Länder, tandis que les autorités locales organisent et guident la gamme des services de santé mentale généralement indépendants dans la communauté, incluant les services professionnels et les hébergements protégés. Cette division est un des points clés des soins allemands : **le large écart entre les soins ambulatoires et hospitaliers, qui sont clairement distincts les uns des autres, financés séparément et gérés par différentes équipes** (Salize et al., 2007). Cette situation a d'ailleurs des conséquences sur les données disponibles, puisqu'il n'existe pas de données nationales officielles mais une somme de données hétérogènes issues de sources diverses.

Cette première analyse de l'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie constitue une clé de lecture des différences actuelles d'organisation des soins. **Les contextes politiques et sociaux, les calendriers de mise en œuvre, les orientations thérapeutiques ainsi que l'achèvement du processus de désinstitutionnalisation diffèrent selon les pays.**

Au regard de ses voisins européens, **la situation française présente un certain retard en matière d'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général, mais aussi et surtout en matière de développement des structures d'hébergement et services d'accompagnement de la personne souffrant de troubles psychiques dans sa vie quotidienne.** »¹

Au niveau international, la **Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées** a été mentionnée par la plupart des personnes rencontrées. C'est une convention internationale pour « promouvoir, protéger et assurer » la dignité, l'égalité devant la loi, les droits humains et les libertés fondamentales des personnes avec des handicaps en tous genres¹. L'objectif est la pleine jouissance des droits humains fondamentaux par les personnes handicapées et leur participation active à la vie politique, économique, sociale et culturelle². Elle a été adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies le 13 décembre 2006, et est **entrée en vigueur le 3 mai 2008**. Nous fêtons donc ses 10 ans ! Dans quelle mesure est-elle respectée en Allemagne ? Le voyage d'étude a permis de constater qu'elle sert de point d'appui aux actions de plaidoyer, au niveau national. **En Allemagne, si une personne a des troubles dans 5 domaines de la vie (sur 9), elle a la possibilité d'avoir une aide, un soutien financier.**

1 L'ÉVOLUTION DES DISPOSITIFS DE SOINS PSYCHIATRIQUES EN ALLEMAGNE, ANGLETERRE, FRANCE ET ITALIE : SIMILITUDES ET DIVERGENCES . Questions d'économie de la santé n° 180 - octobre 2012, 8 pages : <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes180.pdf>

2. Dispositifs étudiés

80 à 90 personnes rencontrées, avec qui nous avons échangé sur leurs projets et le projet du LDR et de ses partenaires.

Près d'une dizaine d'acteurs rencontrés, impliqués dans le soutien aux personnes souffrant de troubles psychiatriques, en crise, en particulier aux personnes sans domicile :

- Runaway House (brève rencontre avec toute l'équipe, rencontre/dîner avec deux membres de l'équipe, rencontre avec deux membres de l'équipe, des résidents et anciens résidents sur site, rencontre dans un café/restaurant avec le propriétaire, une ancienne salariée pair aidante et une amie à elle, pair aidante en Tchèque)
- Kellerkinder (cave des enfants) : rencontre avec deux membres et échanges approfondis avec un membre)
- Irrenoffensive (rencontre avec une petite dizaine de membres et échange surtout avec un membre) : Groupe créée en 1980 par des survivants de la psychiatrie. Depuis 20 ans, ils se sont concentrés sur l'hospitalisation sous contrainte, sur les droits et la politique.
- Groupe d'auto-support (rencontre avec une quinzaine de membres)
- Die Kurve (rencontre/échanges avec près d'une trentaine de professionnels et pair aidants dans le cadre d'une réunion mensuelle)
- Clinique Neukölln (rencontre et échanges avec la responsable du service, 4 membres de l'équipe et 1 partenaire)
- Recovery College (rencontre/dîner avec 3 membres et un étudiant).

A. Action politique, actions de plaidoyer ayant des effets sur l'environnement politique et structurel, utilisation des media, modification législatives, actions militantes et force du mouvement antipsychiatrie et d'autres mouvements favorables aux alternatives... (ex : utilisation, promotion et respect des directives anticipées)

Ce qui nous a inspiré à Kellerkinder

- **2 projets à Berlin : ici Friedrichshaine (autour du handicap psychique) et à Wedding où il évoque « la mixité » des personnes concernées par le handicap psychique et/ou physique car « ces personnes ont la même expérience des discriminations ». « Alliances avec d'autres groupes de personnes porteurs d'un handicap physique »** L'association travaille avec des personnes exclues.
- Actions : **conseil, accompagnement avec visites à domicile, plaidoyer.** « Le fond de leur action, c'est de l'action politique », des actions très militantes. Ils font beaucoup de films. Travail qui s'articule avec la **Convention des Nations Unies pour les droits des personnes handicapées.**
- Acteur impliqué dans une **commission d'experts pour améliorer le système de tutelle.** La commission fait des visites à l'hôpital pour vérifier si les droits sont respectés. **Tous les 2 ans, manifestations pour interpeller les politiques (utilisation de grandes tentes!).** Actions de sensibilisation des personnes sur le génocide des « parias », des personnes concernées par un handicap pendant le 3^e Reich. Action(s) devant le Reichstag avec des personnes en fauteuil roulant et des chaînes (cf. vidéo). Actions sur l'euthanasie pour les personnes âgées.
- Années 80 : réalisation d'une enquête ayant favorisé des changements au niveau législatif ; une nouvelle enquête est en cours.
- **Effets très positifs des actions militantes**
- **2015 : loi stipulant qu' « il est nécessaire d'avoir des projets qui relèvent d'associations »**

Ce que nous a inspiré Irrenoffensive

- **Travail avec réseau d'avocats**
- **Publication d'un journal** (14 éditions) – 600 à 7000 exemplaires par tirage ; ils font un nouveau numéro quand le dernier numéro du journal est épuisé. le journal est diffusé dans l'espace public, vendu à prix libre. Avec le soutien d'une imprimerie, son coût unitaire est de 0,5 euros. Aujourd'hui, publications sur Internet. Fin du journal en 2009. Avant, émission radio : c'était trop de faire une fois par mois
- Principaux sujets de discussion aux **réunions hebdomadaires du mercredi soir** ? Blog, plaidoyer, curatelle/tutelle, respect de la convention...
- **Grandes victoires politiques** : avoir réussi à faire légiférer sur **médicalisation sous contrainte** et introduire les **directives anticipées** dans système de soins.

Récemment, la plupart du travail a été orienté vers l'utilisation et le respect des directives anticipées

- **Plaidoyer** (revue ; blog/site internet) »
- **Vidéo sur tribunal public de Foucault** (1998) www.foucault.de : « sur le banc des accusés, des psychiatres ! Des personnes concernées comme juges. Véritable changement idéologique. Une inversion des rapports de pouvoir. Cela a donné beaucoup de confiance. »
- Depuis quelques années, **loi sur les droits des patients** qui leur permet d'être **décisionnaires dans tous les domaines**.
- **Quel est le poids de la jurisprudence**, demande un membre du groupe, de l'équipe de Marss ? Mi-octobre, il nous fait un retour sur la réponse qui a été donnée : « Le point n'a pas été développé très précisément (...) Les allemands ont un système de justice a priori similaire au nôtre où la loi prime sur la jurisprudence. **La jurisprudence a probablement un poids plus important que dans le système français**. La Cour Constitutionnelle fédérale semble considérer que sa jurisprudence a une certaine autorité et elle peut changer de jurisprudence, avec motivation, d'une affaire à l'autre. Du coup, **attaquer en justice est un angle puissant pour influencer sur les pratiques sans attendre que de nouvelles lois soient votées. Ce que fait Irrenoffensive avec son réseau d'avocat**. »
- « **Seul acteur qui a parlé (de son propre chef) des directives anticipées**. Cela nous a interrogé quand on voit la difficulté en France (ex : programme expérimental à Marseille) ». La plupart des personnes rencontrées à Berlin disent que **c'est respecté**. » « **En France, on est carrément à la bourre** » au niveau des politiques publiques.

B. Pratique de l'Open Dialogue (OD) et pratiques inspirées de l'Open Dialogue (ex : rencontres, réunions...)

Ce qui nous a inspiré à Kellerkinder

- « **Ce qui est important, c'est d'être participatif, d'avoir des rencontres participatives** ». Trialogue.

Ce qui nous a inspiré à la Clinique Neukolln

- **Pratique de l'open dialogue en milieu hospitalier possible**
 - « **On a beaucoup parlé d'Open dialogue, qu'ils développent depuis 2009** »
 - Avant même d'être formés, « **ils ont commencé tout petit avec 2 patients avec qui ils organisaient une conférence de traitement une fois par mois, qui durait 20 mn.** »
 - La conférence de traitement est une rencontre, un bref entretien avec les professionnels et la personne et ses proches, l'équipe réflexive.
 - Elaboration d'un planning ? Programmation de la prochaine conférence de traitement.
 - **Pourquoi avoir fait le choix de l'OD ? Répond à des besoins (violences, agressivité)**. Davantage diffuser la pratique de l'OD est un objectif en soi.
 - Nécessite la **mise en place du réseau de confiance** ; libre choix des interlocuteurs (« important que le patient décide qui est là ». Pas d'enveloppe budgétaire supplémentaire pour pratiquer l'OD.
 - **Formation de formateurs / autoformation à l'OD (cours réguliers à l'hôpital)**. En Allemagne, ils ont décidé de ne pas faire un institut de formation à l'OD. Ils ont fait le choix d'offrir des espaces d'autoformation. Beaucoup de jeux de rôles/expériences pour se former.
 - Ils sont **connectés au réseau international OD**.
 - Sont-ils les seuls à pratiquer OD à l'hôpital ? 5 à 10% des cliniques en Allemagne pratiquent l'OD. Qu'est ce qu'en pensent ceux qui ne pratiquent pas ?
 - « **Patients et soignants très satisfaits**. Si on a le temps de le faire avec les personnes souffrant d'addictions et les cas les plus durs, **tout le monde est très content** »
 - Quel sont les changements « d'état d'esprit » chez les soignants ? « **Je n'ai pas raison mais il y a deux perspectives. Les professionnels doivent apprendre beaucoup. Il n'y a pas une vérité. Avec l'expérience, l'attitude change aussi.** »
 - « **Autrefois, l'équipe décidait. Aujourd'hui, c'est le patient qui prend la décision** », dit l'ergothérapeute.
 - « **La conférence est une formation pour l'hôpital. C'est bon pour nous, l'hôpital. C'est quelque chose de spécial pour l'hôpital.** »
 - Psychiatre : « quand je suis venue ici, j'ai réalisé que les gens parlent plus naturellement avec un collègue d'un patient. Idée de réfléchir dans le dialogue. Cela diminue la tension. »

- « **Une nouvelle forme de parler** »
- « **Les patients avaient l'habitude que quelqu'un les traite. Il faut du temps car c'est une expérience nouvelle.** »
- **Ce qui a marqué un habitant du Lieu de répit** : « Le patient a le droit de choisir ses interlocuteurs. Pas de distinction entre psys et infirmiers ; aucune hiérarchie. » Il partage son expérience : « En HP, il avait toujours le dernier mot du psy qui disait : c'est comme ça et pas autrement sinon tu t'en vas ailleurs et ailleurs, c'était un autre HP, plus fermé et plus dur. Là (à Berlin), le patient a le choix de prendre des médicaments ou pas. »
- Intérêts perçus :
 - **OD : une attitude** plus qu'une technique/méthode/approche : Possibilité de commencer avec des choses petites, « **formats différents de l'OD. Objectif : transformations**
 - Au cours du débriefing, les membres du groupe s'expriment : une personne concernée suggère de « **commencer à pratiquer l'open dialogue, le reste vient !** » et une autre personne concernée ajoute « **se lancer ! (Même si), souvent, l'entourage est restreint** ». Un habitant du LDR souligne **l'importance du choix des interlocuteurs**. Un psychiatre, partenaire, observe qu'en milieu hospitalier « **l'initiative très isolée, même en Allemagne** » et constate aussi **la diminution de la violence et de l'agressivité**, évoquée par l'équipe. Un membre de l'équipe d'intervention retient « **la recherche d'horizontalité chez les soignants.** » Une personne chargée de la recherche-action participative (RAP) retient les « **difficultés évoquées par l'équipe pour « disposer du temps et construire un planning pour pratiquer OD.** Quelle adaptabilité au LDR ? » Le chargé d'appui s'interroge : « **l'open dialogue : un état d'esprit ou une technique ?** » La chargée de la RAP évoque « **l'intérêt de l'évaluation de la pratique de l'OD** (moins de traitements, moins de violences ?). Le chargé d'appui considère que l'« **l'évaluation de l'OD est un objet de coopération pertinent.** »
 - **D'autres intérêts sont soulignés : Tous les hôpitaux psy en Allemagne ont un ergothérapeute. Un musicothérapeute est impliqué dans l'équipe de la clinique.** Un habitant du LDR fait part de son expérience pendant le débriefing, après la rencontre : « **Quand j'étais à Saint Roch, un musicothérapeute venait. On était 7-8. Il y avait un groupe de parole puis de la musique, des enseignements sur le djembé : ça nous apaisait, ça nous remettait dans l'envie de faire quelque chose, ça nous aidait aussi à pouvoir supporter le mal qu'on avait en nous, c'était un instant de décontraction.** »
- **Des limites**
 - « Les WC du personnel étaient fermés ! » constate le groupe. Concernant les portes de chambres, un membre de l'équipe raconte pendant la rencontre : « **On essaye de laisser les portes ouvertes mais à certains moments, quand nous pensons que ce n'est pas possible, on ferme les portes sur des temps restreints.** »
 - Se pose la **question des moyens, de la disponibilité des professionnels pour mettre en place les conférences.**
- **Des éléments facilitateurs**
 - **Importance du temps accordé aux équipes (1H30) = format original ; 2 fois par mois, on essaye d'inviter les gens du réseau de la personnes (famille ou proche).**
 - **Le plus important, c'est l'équipe réflexive.**
 - « **Beaucoup de personnes ont la volonté de pratiquer l'OD. On ouvre des espaces pour pratiquer.** »
 - « **Ça serait super si on pouvait utiliser l'OD à la première expérience de crise.** »
- **Des obstacles**
 - Des résistances ? Comment les surmonter ? **20 à 30 % de résistance à l'hôpital.** Pour les dépasser, **invitation perpétuelle pour convaincre.** Pas de résistance à l'OD mais des **résistances structurelles.** « Il y a toujours des résistances aux changements de pratiques au sein de l'équipe, au sein d'une équipe ! »

Ce que nous a inspiré la rencontre avec Die Kurve

- **Une recherche a été faite sur les entretiens OD avec 3 personnes.** Les résultats montrent que **l'OD apporte davantage aux professionnels qu'aux usagers.**
- **Les entretiens de réseau où il y a moins de professionnels sont plus efficaces.**
- Ils pratiquent l'OD et en ont extrait des éléments dans leurs pratiques. « Entretien avec la personne et son réseau social. Spécialité des entretiens : 2 modérateurs ne faisant pas partie du réseau social. Fréquence des entretiens, des rencontres très variées. A la fin, ils conviennent plus ou moins du prochain entretien.
- En ce moment, il nous faut avoir un regard critique car parfois il n'y a pas d'autres entretiens qui suivent. » « **S'inspire de l'OD dans le suivi individuel (pas 1 mais 2 ou 3).** La personne est présente quand sa situation est évoquée par l'équipe. Une pratique : être l'oreille des personnes accompagnées si elles sont absentes quand

on parle d'elles. Métacommunication. »

- Concernant l'OD : « **on ne le fait pas autant que ce qu'on voudrait faire** ».
- **A Berlin, plusieurs associations et hôpitaux pratiquent l'OD grâce à la formation du Dr Aderhold. Ils ont été parlé avec l'administration en disant « on voudrait faire ça .**
- **Rencontre des facilitateurs de l'OD une fois par semaine pour savoir comment la facilitation s'est passée ? Réunions très importantes pour avancer sur l'OD. Pas seulement une réunion de l'équipe de la Kurve mais aussi avec d'autres équipes qui utilisent l'open dialogue**

C. Pair aidance

Ce qui nous a inspiré à Kellerkinder

- **Possibilité de travailler avec des travailleurs pairs**

Ce qui nous a inspiré à la Clinique Neukolln

- **Quelques pairs aidants** : il y en avait 2 et on va en recruter 2
- « **L'histoire avec les pair aidants n'est pas facile.** En Allemagne, les pairs aidants ont **plus de succès dans les services ambulatoires** ; on essaye à l'hôpital de trouver la bonne solution, le bon chemin. **Ils sont souvent 1 ou 2 seulement. Ici, une pair aidante était seule et c'était trop pour elle.** Les pair aidants trouvent que c'est difficile de travailler dans un hôpital psychiatrique, d'autant que **leur rémunération est faible.** »

Ce que nous a inspiré la rencontre avec une pair aidante

- Ancienne salariée de la RH, membre du **Réseau européen des usagers et survivants de la psychiatrie**, elle a repris les études pour devenir travailleuse sociale. Elle participe au Cold Help project durant l'hiver pour les personnes vivant à la rue.

Ce que nous a inspiré la rencontre avec Die Kurve

- **Quelles succès/réussites et difficultés dans le travail avec des pair aidants ? Grand besoin des gens d'être conseillés par des gens à la même hauteur » ; demande forte. Ici, formation pour pair aidants. Difficultés rencontrées pour certains :**
 - tenir sur la durée
 - travailler avec les hôpitaux car les équipes les regardent d'en haut.
 - à ne pas être trop touchés / d'où le besoin de prendre de la distance
 - au niveau politique/ administratif pour combiner aide sociale et salaire
- Une femme travaillant dans le cadre de suivis individuels fait part de 3 **réactions des personnes accompagnées par des pairs aidants** :
 - super
 - moi, je veux voir un professionnel
 - comment peut-il/elle aider ? (statut pas clair)
- Des postes de **pairs aidants à temps partiel**. Un membre de l'équipe interroge le groupe marseillais : « y a t-il un statut de pair aidant chez vous ? » Nous parlons des médiateurs en santé, en lien avec la reconnaissance d'un diplôme. Et évoquons aussi les autres termes : experts d'expérience...

D. Fonctionnement d'un lieu de soutien aux personnes en crise : la Runaway House

Ce qui nous a inspiré à Kellerkinder :

- Quelques terrains minés à éviter ? Des **points de vigilance sur divers thèmes : travailleur pair ; courte durée de séjour ; lieu de répit comme lieu de soin**

Ce que nous a inspiré la rencontre avec un groupe d'auto support

- **Echanges sur la Runaway House (RH), que la plupart des membres du groupe connaissent. Quelle plus value ?**
 - « les travailleurs sociaux ne poussent pas les gens à faire des choses, c'est positif »
 - « durée de séjour trop courte (2 mois) ; 6 mois est mieux pour trouver un travail, se former, se faire des amis »
 - 16 habitants ; 2 travailleurs sociaux en moyenne par jour
 - difficile d'entrer à la RH car c'est cher (113 euros/jour)

Ce que nous a inspiré la rencontre avec le propriétaire de la Runaway House

- Il nous raconte l'histoire de cet achat et de son don aux praticiens de la Runaway house : « A 16 ans, j'ai hérité de beaucoup d'argent. ma famille était chaotique et j'ai donc été un peu chaotique aussi. Puis je suis devenu écrivain. (...) J'ai eu un enfant qui est décédé en sautant par la fenêtre de l'hôpital psychiatrique où il était admis, en 1987. Puis j'ai entendu parler du projet de la RH qui n'existait pas encore. J'étais le concierge de la maison où le projet est maintenant installé. J'avais reçu à ce moment là un héritage conséquent de ma mère. J'ai d'abord pensé offrir cet argent pour le projet. J'ai connu le projet en lisant le journal. Puis j'ai appelé les gens en leur disant : j'ai un million pour vous : » Pendant les 10-15 premières années du projet, je ne demandais pas d'argent. Depuis, je leur demande 1000 euros/mois. Je souhaite suivre le projet. **Il y a une réunion par mois pour les personnes qui suivent le projet, à laquelle je participe.** Le financement des séjours des personnes appartient à la région dans laquelle la dernière adresse de la personne a été enregistrée. »
- **Nous comprenons que lui-même a connu des épisodes psychiatriques** et que son entente avec ses parents était complexe. Il a vécu, s'est marié et a eu un fils. Il s'est séparé de la mère de son enfant lorsque ce dernier a eu 2 ans et ne l'a plus eu aussi régulièrement. **Son fils a connu aussi des épisodes psychiatriques et a dû être interné. Il est mort en hospitalisation, il avait 19 ans. Ayant hérité d'une somme conséquente, il a choisi d'acheter une maison afin d'en faire don au mouvement d'anti-psychiatrie qui se développait avec force dans les années 90. Ce fut chose faite et en 1996, la Weglauflhaus ouvrait ses portes aux personnes qui choisissaient une alternative à l'hospitalisation et à la médication.** Tant que son pécule a duré, il a contribué à l'entretien de la maison et n'a pas fait payer de loyer, **aujourd'hui, il n'a plus rien et c'est la maison qui lui verse une rente sous forme de loyer, ce qui contribue à obérer un budget qui n'est déjà pas élevé et fonctionnel au regard des principes originels.**
- L'intérêt d'un tel don réside dans le fait que **le système qui jusque-là n'était que théorique ait pu devenir une réalité. Le concept prenait corps dans un lieu plaisant, pavillonnaire et anonyme**, loin de l'hôpital et sur une volonté de gestion collective et d'équité. **Les personnes qui y vivent ne sont plus stigmatisées et peuvent trouver les moyens de leur propre rétablissement.** Elles sont entourées de pairs et l'éclayage que les uns procurent aux autres est un véritable soin auto dispensé par le groupe. **La notion de collectif a ainsi pu se construire, l'organisation spatiale des lieux a aussi été pensée en collectif.** Une autre vie que celle de la rue, de la relégation ou de l'hospitalisation sous contrainte a donc été possible pour beaucoup.
- **La limite est criante, il n'y a pas assez de subvention d'investissement voire pas du tout qui puisse contribuer à l'entretien technique de la maison.** Le propriétaire n'étant pas solvable, il ne peut contribuer au gros entretien de la maison. **Il n'y a donc pas de provisions mises en place pour gros travaux** et nous en avons eu un exemple criant avec la fuite dans les toilettes du rez de chaussée ce qui a fait tomber une partie de la façade extérieure. **Cette maison est donc en train de se dégrader et peu ou pas de solutions peuvent être mobilisées. De même, que se passera-t-il au décès de Wolfgang,** s'il perçoit un loyer ou une rente c'est qu'il en est toujours propriétaire et le bien est donc susceptible d'être transféré à ses héritiers si aucune disposition n'a été prise. **Ce sera la fin de la Weglauflhaus à moins qu'une organisation ne puisse la racheter pour continuer l'action.**
- **« Ce qui faciliterait la persistance d'un tel lieu serait son inscription claire dans les politiques publiques avec des subventions fléchées fonctionnement et investissement.** La force du LDR aujourd'hui, réside dans le fait que bâti et vie du lieu sont séparés. **Ce ne sont pas les personnes travaillant et/ou vivant sur le lieu qui doivent aussi gérer les travaux et notamment les gros travaux s'il y en a, ni assumer la gestion locative.** Cela est réalisé par un tiers dont c'est le métier et pour qui mobiliser des subventions, émettre des appels à marché, choisir des entreprises et suivre les chantiers représente un quotidien professionnel assumé.
- **Obstacles :** Le propriétaire témoigne : **« Il y a des peurs des voisins de la RH liées à la proximité. Mais je n'ai jamais eu de pression pour fermer la maison.** Il évoque aussi d'autres aspects, politiques : **« Il n'y a pas de soutien politique au projet.** Dans les années de mise en place du projet, il y avait un autre contexte politique (antipsychiatrie) et des meilleures conditions de vie. La RH a commencé comme un centre de crise. Il y en avait 5 autres dans Berlin, pour différents types de publics. Mais il y a eu un **problème de corruption pour certains d'entre eux et ils ont fermé.** »

Ce que nous a inspiré la rencontre avec l'équipe et les personnes accueillies à la RH

- **Un lieu pouvant accueillir 13 personnes en crise.** Les chambres des résidents sont situées aux étages, sauf 1 au sous sol, en cas de besoin, près d'un bureau/chambre de l'équipe. Répartition des chambres par étages : 1er étage, mixité ; 2e étage, femmes et trans ; au total, 10 chambres aux étages et 3 salles de bain. Certains résidents partagent une chambre.
- **Comment une personne arrive ici ?** « Elle peut avoir l'information sur Internet, voir une annonce dans le métro ou dans une institution qui nous connaît, et juste appeler. » Nous vérifions les choses basiques pour voir si ça peut le faire. Nous donnons RV dans la maison et avons une rencontre dans le bureau. Nous essayons de voir comment les choses peuvent marcher pour les deux parties. Puis ça dépend des financements, la partie la plus compliquée. » Un résident témoigne : « la maison est assez connue. J'ai entendu parlé de la maison par mon partenaire. Plusieurs personnes m'ont conseillé de venir. » Un membre de l'équipe du LDR nous avait précisé avant le fonctionnement de la RH : « Quand les gens rentrent dans la Runaway House, l'équipe fait un rapport sur la situation de la personne en crise puis contacte l'administration ; le diagnostic est le ticket pour entrer à la RH et avoir de l'aide. »
- **La durée de séjour** dépend des financements obtenus par chacun (118,58 euros/jour). C'est très aléatoire et varie de 2 semaines à plusieurs mois voire un an si la personne vient d'ailleurs que Berlin. Un résident témoigne : « demande, évaluation, Ok pour 4 mois puis une nouvelle demande » Puis elle ajoute concernant les suites : « c'est dans mes mains » et précise la stratégie qu'elle a développé pendant le processus : « ma stratégie était de parler beaucoup ».
- **Description d'une journée type ?** « Pas de journée type ! Chaque jour est différent. Nous travaillons dans le cadre d'un système de rotation de jour, une première à 8h30 et une deuxième à 14h, et de nuit (2 personnes) La nuit, une personne dort dans le bureau du RDC (principal contact pour la nuit en cas de problèmes) et une autre dans le bureau du sous sol, à côté duquel il y a une chambre pour une personne en crise, si besoin. La journée et la nuit, les choses sont très différentes. La journée, il y a la gestion du téléphone, le travail avec les institutions officielles, l'organisation... La nuit, il s'agit de préparer à manger, d'être là avec les personnes... Il y a généralement une seule personne de l'équipe en journée. Karl venant de commencer, il n'est pas seul et accompagne Max pendant un ou deux mois jusqu'à ce qu'il soit à l'aise.
- **Et la cuisine ? Comment ça se passe ?** « C'est chaotique. Nous récupérons des invendus de supermarchés, nous avons une épicerie (organic store). Certains ont de l'argent et peuvent acheter de la nourriture. Chacun s'occupe de soi (« car by themselves »). Nous pouvons faire ensemble mais c'est rare. »
- **Des actions/activités collectives sont-elles proposées ?** Un résident : « ça dépend des gens. Nous pouvons aller au cinéma si nous avons de l'argent pour ce faire (ex : 5 personnes). Max ajoute : « il n'y a pas d'activités collectives organisées et obligatoires mais c'est bon de faire des activités dehors. La plupart du temps, nous sommes seuls et c'est difficile de quitter la maison. » Le résident poursuit : « tu dois le faire toi même sinon personne ne le fait »
- **Pourquoi êtes vous seuls, les travailleurs sociaux ?** Un membre de l'équipe fait part des difficultés à recruter, des problèmes de financements... « C'est difficile de trouver de nouvelles recrues. Il y a plein de postes pour des travailleurs sociaux dans les institutions à Berlin. a plupart des travailleurs sociaux à la RH sont assez jeunes. »
- **Et le ménage ?** « C'est un combat à chaque fois dans un sens pour trouver un compromis. Il n'a pas de femme/homme de ménage » dit Max. Un résident poursuit : « ça dépend de comment nous sommes. Parfois, les travailleurs sociaux ont à nettoyer. » Avez vous un planning « Nous avons essayé. Ca dépend de qui a envie de participer au ménage ! Généralement, le lundi, c'est ménage. Mercredi, c'est la réunion d'équipe. Une fois par mois, le premier mercredi de chaque mois, il y a un petit déjeuner la matinée. Nous élaborons une liste de sujets que chacun veut évoquer, discuter.
- **Y a t-il parfois des explosions ?** Un résident, transgenre, demande au groupe marseillais comment sont accueillis les transgenres en France ? La question ne s'est pas encore posée au LDR à Marseille, mais ils/elles seront accueillis s'ils/elles répondent aux critères définis. Sont-ils traités comme des personnes souffrant d'un handicap psychique, d'une « maladie mentale » ? Il informe qu'une personne doit aller devant la cours de justice pour changer son passeport, son nom, et qu'une évaluation psychiatrique est systématiquement demandée. Tu dois payer pour tout ça. »
- **Personnes de confiance au sein de la RH.** Un tableau dans le bureau indique le prénom des résidents et leurs personnes de confiance. Des explications sont demandées. Comment sont choisies ces personnes de confiance ? Un membre de l'équipe et un résident expliquent qu'au début, c'est le nom du/des membre(s) de l'équipe qui a accueilli la personne. Après, il est possible pour le résident de changer et de mettre un nom avec un point d'interrogation. si le professionnel est d'accord, il/elle enlève le point d'interrogation !
- **Quelle aide à la recherche d'un logement est proposée par les travailleurs sociaux ?** « Nous essayons. cela fait partie du travail. C'est une raison pour laquelle

nous sommes financés. » Un membre de l'équipe du LDR ayant travaillé à la RH avait déjà souligné les difficultés à trouver un appartement en général. « Après la RH, les personnes rentrent dans un projet thérapeutique Avec une femme, j'ai essayé de trouver un appart mais c'était impossible. il n'y a pas de bail social. Tout est privé. »

- **Quelles relations avec les voisins ?** « Un voisin a demandé de couper les haies/plantes. Pas de relation étroite (« no big relationships ») On dit qu'il y avait plus de problèmes il y a qq années.
- **Est-ce que les résidents pratiquent des activités physiques/sportives ?** « Il y a une salle de fitness au sous sol, mais la pièce, étroite est encombrée de plein de choses ! Elle n'a pas été utilisée depuis que Max est arrivé. Nous avons deux/trois vélos dont l'usage ne semble pas régulier...
- Une équipe de 18 personnes mais seulement 11 personnes en ce moment car certains en arrêt maladie ; beaucoup de personnes travaillent à la RH depuis plus de 10 ans. Certains font 30h/ semaine ; d'autres 20 à 25 heures. « Cela prend beaucoup d'énergie ». « Certains sont partis car c'était trop pour eux. »
- Gouvernance. Comment font-ils pour recruter ? Comment sont prises les décisions ? « Tous les membres de l'équipe doivent être d'accord et valider ». Y a t-il un/des leaders ? « Tous les deux ans, nous jouons au dé pour savoir qui va être le responsable du projet. »
- **« Penses-tu que les psychiatres ont quelque chose à faire à la RH ? »** demande un psychiatre de Marss à un membre de l'équipe de la RH. « C'est une question d'attitude, tout dépend de leur attitude, de leur capacité à être un être humain. » répond-il.

Ce que nous a inspiré la rencontre avec des personnes connaissant la RH : La Runaway House vu par divers acteurs !

- Un membre de Kellerkinder témoigne : « C'est un bon projet. **Les gens passent beaucoup de temps à être en dialogue avec les personnes en crise. (...) La Runaway arrive à éviter l'hospitalisation sous contrainte.** » Il ajoute : « **environ 50 % des hospitalisations peuvent être évités quand il existe des lieux/espaces où les gens sont soignés et pas maltraités** ». Il poursuit : « **La 2e fois à la RH, l'expérience est plus positive** ». René, membre de l'équipe de Marss interroge le LDR sur la question de la 2^e entrée : « sera-t-elle possible au LDR ? est-ce que ces demandes seront prioritaires ? »
- Un membre du voyage d'études constate : « **Beaucoup de projets portés par des anciens de la Runaway house donc l'un des impacts de la Runaway House est de faire vivre d'autres formes d'actions** »
- **Intérêts :** « Approche nécessaire » selon Thomas de Kellerkinder, qui a travaillé 6 mois à la RH
- **Limites :**
 - « **Il y a de grandes difficultés quand les gens habitent ensemble au même endroit. Il y a beaucoup d'agressivité.** » Pour lui c'était difficile car il a l'expérience de la violence. Il y avait aussi des conflits entre salariés. »
 - **Un membre de l'équipe du LDR :** « Ce qui m'a interpellé c'est son retour sur la RH : **difficultés de fonctionnement** ; il faut que LDR puisse avoir conscience des ces choses là »
 - Au débriefing de l'équipe du LDR, un membre constate qu'un acteur rencontré ayant travaillé à la RH a « fait part des difficultés à travailler à la RH en raison de l'agressivité /de la violence : « **ce qui était violent était que les personnes venant de la psychiatrie et arrivant à la RH voyaient le lieu comme un lieu de soins** ».
 - Cet ancien travailleur de la RH dit : « **Les gens ne veulent pas aller dans des lieux où ils ont l'impression d'être soignés** ». « Une partie du problème résidait dans le fait de travailler à partir du diagnostic. » A Irrennoffensive, même retour : « social pédagogisation », « **un hôpital ouvert car diagnostic nécessaire** »
 - **Durée de séjour trop courte**, conditionnée par le diagnostic, durée limitée à 2 mois et **parfois renouvelée**, : « Les gens qui vivent à la RH ne savent pas combien de temps ils vont rester. Or ils ont besoin de temps. **Un séjour de un ou deux mois entraîne beaucoup de stress et d'agressivité. Quand ce n'est pas possible de rester plus de 2 mois, c'est une petite réparation.** » Important d'avoir le temps, que la durée de séjour ne soit pas limitée
 - **Manque d'espace, chambres exiguës** (pas visitées car pas autorisés)
 - **Recrutement difficile de travailleurs sociaux**
 - **Problèmes de financements, conditionnés par revenus et prise en charge possible pour chaque personne (pas de dotation globale)**
 - **Conditions de travail**
- Remarques générales des participants au voyage d'études : « On se faisait des idées et on a désenchanté ! » ; « La RH n'a pas fait des petits, d'autres RH... » ; « A la Runaway house, ils font tout dans le collectif mais avec des professionnels et pas avec les usagers. »

E. Actions politiques et/ou de soutien de personnes concernées par des troubles, développées par divers acteurs (hospitaliers, ambulatoires, associatifs, publics, collectifs, groupe d'autosupports, centre de formation au rétablissement...)

Ce qui nous a inspiré à Kellerkinder :

- Au commencement du projet, **des actions de peer support et des actions politiques** : « Les vieux activistes des organisations autour du handicap physiques ont montré comment faire les choses ».
- Une action dans le local mobilise 40 à 50 personnes : les personnes concernées par les troubles (environ la moitié), les proches (environ la moitié) et les professionnels (4 à 5 médecins). **Des psychiatres ont par exemple exprimé que c'était trop pour eux et ont demandé aux familles : que peut-on faire ?**
- « **Accompagnement/soutien et action politique/ activisme ne peuvent être séparées** : circularité », se nourrissent l'une de l'autre »
- Pour faire les choses bien, **il faut se donner le temps, les faire dans la durée**. « Importance de pouvoir rester longtemps et d'accompagner avant la crise, pas quand c'est trop tard »
- Nécessité d'une **ambiance agréable** dans le lieu ; faire les **choses belles**
- **Importance de la tolérance et du respect des approches** dans le cadre d'un travail avec divers professionnels
- « **Dans la loi, on a le choix** et on peut souhaiter des choses » dit XX quand il fait référence à une loi sociale (paragraphe 8) qui permet aux personnes handicapées de choisir le type d'aide souhaitée (mais la réalité est différente!).

Ce que nous a inspiré la rencontre avec Die Kurve

- Structure travaillant dans le « socio-psycho ambulatoire »
- **30 ans d'existence ; 60 salariés ; file active de 150 à 200 personnes (certains ont leur propre logement), secteur : Tempelhof (environ 150 000 habitants)**
- **Services** : appartements (plusieurs dans une même maison et un lieu et 1 appartement où on travaille servant de lieux d'accueil et conseils où les gens peuvent venir) ; visites à domicile avec personnes ayant un logement ; un café avec un volet insertion professionnelle ; accompagnement. Pas de maraudes (question posée par un habitant du LDR à une travailleuse sociale française de l'équipe de Die Kurve)
- Une travailleuse sociale accorde un entretien à un habitant du LDR : « Ce genre de centre a été mis en place dans les années 80 dans chaque arrondissement. Ils viennent un peu de l'antipsychiatrie au départ, de la psychiatrie sociale, pour empêcher d'être dans les grands hôpitaux et d'intégrer au maximum les gens dans les quartiers. » « L'association La Kurve travaille dans le socio-psychiatrique, et s'occupe d'aider des gens ayant eu des problèmes psychiatriques ou des maladies chroniques ou assez lourdes, d'être le plus possible intégré et de pouvoir vivre soi même, indépendant..., mais avec une aide. » De pouvoir gérer sa maladie ? « Sa maladie et sa vie. Les projets sont soit des projets d'habitation, de suivi individuel ou dans des appartements, soit des projets de travail. Il y a un café-terrace dans l'hôpital où des usagers travaillent là bas et sont un peu encadrés quelques heures par semaine.
- Et toi, ton travail ? « Moi je travaille dans un centre d'accueil et de conseil, un endroit ouvert où chacun dans les heures d'ouverture peut venir dans un endroit où il peut juste être là, parler avec d'autres mais aussi avoir un coin où se poser un peu. On fait des choses ensemble. On va faire la cuisine. On fait des choses un peu pour structurer la journée. On fait aussi du conseil. Il y a des groupes de soutien, des groupes d'auto-supports, pas encadrés par quelqu'un. On a quelques collègues qui ont elles mêmes connu des crises et ont réussi à s'en sortir, et qui aident ce point de vue là. Les gens peuvent aussi venir se faire conseiller. Et c'est anonyme et gratuit. Ils peuvent venir et dire..., ils inventent un nom, n'importe, et peuvent venir comme ça. »
- 3 focus dans le travail en ce moment, présentés pendant la rencontre :
 - dialogue ouvert depuis 2011 pour le faire de plus en plus ;
 - travail avec pair aidants, des personnes ayant réussi à s'en sortir, depuis 2009 ;
 - prise en compte environnement/approche globale (travail/emploi ; liens avec acteurs du quartier...)
- 1 réunion mensuelle, les jeudis. Quel est l'objet de ces réunions mensuelles ? Comment l'ordre du jour est défini ? Thèmes différents (ex : habitat, prévention du suicide...) , « décidés par les chefs », sur des sujets qui concernent tous les professionnels.

F. Gouvernance : respect des règles du collectif intégrées par chacun, modalités de prise de décisions, transparence....

Ce qui nous a inspiré à Kellerkinder :

- Motto/slogan : « **Pas sans nous** ». On participe à toutes les décisions.

Ce que nous a inspiré Irrenoffensive

- **Sur la gouvernance** : décisions prises à main levée, à la majorité, sans débat ! René de Irrenoffensive = en posture de « chef ». Une femme Heidi a contesté son propos et il n'a pas relevé. Elle n'a pas apprécié notre présence et l'a signifié. Un vote à main levée des membres a clôturé le débat... ; manque de transparence sur la réponse à la question : combien êtes vous ? Assez !

G. Empowerment / inclusion sociale

Ce qui nous a inspiré à Kellerkinder :

- **Le point d'entrée n'est pas le handicap mais l'empowerment.**
- « **L'importance de faire partie, d'avoir un parti** » : tous les deux ans, une rencontre est organisée. Environ 140 personnes vivant avec un handicap, issue de divers groupes, se retrouvent.
- « **c'est nous qui savons ce qui est bon pour nous** ». Pas de l'autosupport au sens classique. Importance que les personnes prennent la parole. Si une personne malade ne veut pas de médicaments, on ne l'oblige pas.
- **Propositions d'actions positives pas centrées sur la maladie, le handicap**
- En tant que professionnel, la personne rencontrée a beaucoup **travaillé avec la langue, la parole** : « **Quand les gens commencent à prendre la parole sur la scène politique, c'est positif** »

Ce qui nous a inspiré à Die Kurve

- La Drôle de radio interroge une travailleuse sociale : Des difficultés... Est-ce que certaines personnes ne veulent pas parler de leur vie, qui ont peur..., qui refusent l'aide ? La travailleuse sociale répond : « Comme c'est un endroit ouvert, il n'y a que des gens qui viennent et veulent venir d'eux mêmes. Ils ne sont pas envoyés par quelqu'un qui leur dit : « vous avez un Rv là, il faut y aller. » Il n'y a pas vraiment ce problème là. Il y a des gens qui ne veulent pas dire quoi que ce soit sur leur vie, la maladie, leur nom. **Il y a des gens qui viennent régulièrement. Il y en a qui viennent tous les jours.** Après ça, **on se connaît**. L'idée, c'est de créer un **atmosphère familiale. Chacun peut y mettre du soi, à cet endroit, selon ses capacités.** »
- « Le projet actuel de Die Kurve, est de **s'ouvrir plus et intégrer davantage les personnes dans leur quartier**. Une nouvelle loi permet de soutenir plus dans ce domaine ».

H. Membres, équipe

Ce qui nous a inspiré à Kellerkinder :

- **60 membres dont 30 actifs**
- **3 « mini jobs »** (450 euros/mois) ; 5 personnes perçoivent maximum 200 euros /mois au titre d'actions bénévoles ; **beaucoup bénévoles / contrats précaires**
- « **Beaucoup de gens ne veulent pas de contrats de travail car elles ont fait l'expérience que c'était trop pour elles** » ; « **Quand les personnes sont en crise, c'est difficile pour elles de poursuivre leur travail** »

Ce que nous a inspiré Die Kurve

- « **Trouver un langage plus simple** car les propos des médecins ne sont pas toujours clairs et compréhensifs » suggère une personne qui a travaillé dans un centre de soutien aux personnes en crise et anime un groupe avec une collègue AS et un pair aidant ; elle conseille de **travailler en groupe, de faire des mélanges pour permettre que davantage de points de vue soient exprimés.** »
- **Beaucoup de professionnels n'arrivent pas à quitter le rôle de professionnels.**
- **Des structures plus traditionnelles (ex : administration) où les usagers ne sont pas habitués à travailler comme ça,** où la culture du partage des pouvoirs est moins présente. « **Comment entraîner d'autres acteurs dans la danse ? C'est un travail de longue haleine.** »

I. Hôpitaux psychiatriques / antipsychiatrie

Ce qui nous a inspiré à Kellerkinder :

- Hôpital psychiatrique maltraitant : « **on n'a pas envie d'aller dans un lieu maltraitant** »
- **Radicalité antipsychiatrique**

Ce que nous a inspiré Irrenoffensive

- Slogan : « **Nous ne voulons pas une psychiatrie meilleure mais pas de psychiatrie** ». **Un conseil : rester radical, ne pas se laisser corrompre !**
- **Acteur très antipsychiatrique.** Point d'ancrage pour idéaux anti-psychiatriques. Position radicale tenue dans le débat public.
Or nous étions en voyages d'étude avec un psychiatre de Marss dont la présence a été « négociée » dès le départ, en fonction des envies des hôtes.
- « en France, traitement sous contrainte possible depuis loi (sous N. Sarkozy) mais pas trop praticable. » selon un membre du groupe

Ce qui nous a inspiré à la Clinique Neukolln

- **Equipe pluridisciplinaire rencontrée :** directrice, 2 psychiatres (1 venue récemment car intéressée par l'OD) & 1 qui travaille ici depuis 2009 et dans le home treatment et qui a eu le bonheur de travailler dans un service où est pratiqué l'OD), 1 ergothérapeute, qui y travaille depuis 25 ans et dans les cliniques de jour associées dans le quartier), 1 musico-thérapeute.
- **Fonctionnement**
 - Hôpital régional qui « rayonne » sur l'arrondissement
 - **170 lits pour 250 000 habitants**
 - **6 grands services (25 patients par service) :** 4 cliniques de jour (1 pour les gens en crise ouverte les week end) ; 3 à l'extérieur de l'hôpital ; 2 cliniques réhabilitatives pour des soins après ; 1 clinique de jour spécialisée dans le somatique
 - Dans chaque clinique de jour, il y a un **volet ambulatoire**.
 - Travail avec le **service psychosocial de l'administration : travail en réseau.** « Depuis plus de 40 ans, nous travaillons avec cette **approche psychosociale** avec une **prise en compte de l'environnement** des gens. »
 - 1 spécialité : **modèle du home treatment avec même équipe mais le financement du home treatment n'est pas encore acquis**

J. Financements / environnement politique

Ce qui nous a inspiré à Kellerkinder :

- **Budget de 60 000 euros :** financements de l'Etat (obligations de l'Etat en lien avec la convention) et de fondations pour faire un travail politique : la plupart des financements sont dédiés aux actions. **Des possibilités d'actions avec 60 000 euros !**

- « Ils sont encore dans un **équilibre précaire** » constate un membre du groupe, en raison du manque de financements, notamment pour des postes salariés.
- « **A Berlin, le gouvernement rouge/ vert/ vert** » est profitable pour nous ».
- Ont t-il **des alliés** dans la commission où l'association siège ? **Conflits et clivages entre les hôpitaux et l'ambulatoire**, en évoquant la **concurrence dans les financements**. L'un dépend de l'Assurance maladie et l'autre de l'Etat. « **La psychiatrie et l'ambulatoire, c'est un grand business** ». « **Ils discutent beaucoup d'argent mais peu du contenu** ». Il fait référence à « la création de produits consommés par des consommateurs » : « **les usagers sont des produits avec qui on peut faire beaucoup d'argent.** » Un membre de Kellerkinder a été « invité à manger au Bundestag sans pouvoir parler ... » !

Ce que nous a inspiré Irrenoffensive

- Depuis 1994, **volonté de ne pas avoir de subventions publiques, et de privilégier les donations**

K. Personnes sans abris concernées par les troubles psychiatriques

Ce qui nous a inspiré à la Clinique Neukolln

- **Un contexte et un public « proche » de celui à Marseille / Lieu de répit**
 - 330 000 habitants à Neukolln, « social dynamite », un quartier surnommé de petite Istanbul
 - Beaucoup de personnes sans abri dans le quartier
 - Beaucoup de migrants de la communauté européenne ; beaucoup de personnes d'origine turque vivent ici depuis 1 à 2 générations + nombreuses personnes d'origine arabe + des personnes d'origine polonaise
 - Les personnes sans abri représentent 10 % de la file active de la clinique.
 - Mixités : sociale, en termes d'âges (jeunes et personnes âgées), de diagnostics...
 - **Est-ce que les personnes sans abri ont des difficultés à identifier des personnes dans leur entourage ? C'est une question aussi pour les personnes avec un domicile car elles ont peu de réseau.**

L. Recherche/ évaluation

Ce qui nous a inspiré à la Clinique Neukolln

- Allemagne : pas beaucoup d'expériences de recherche-action participatives (une opportunité pour des coopérations plus qu'un obstacle?!) **Pas de financement complémentaire pour la recherche**. Ils font un reporting des activités mais voudraient davantage documenter leurs pratiques, si c'était possible. **Projet évalué ?** Non mais ils voudraient bien. Réduction des médicaments ? diminution de la durée de séjour ?

M. Centre de formation au rétablissement

Ce que nous a inspiré la rencontre avec des membres du Recovery College

- créé il y a 2 ans, inspiré par la Grande Bretagne
- Environ **40 membres dont 15 actifs**
- **10 étudiants**
- **10 modules** : expérience de la crise , ce que chacun apprend sur ses besoins ; thème libre ; interactions avec l'environnement sociale (famille...) ; les compétences qui m'aident

- **Recueil des attentes** réalisé au début de la formation + ce dont les étudiants ont besoin pour être à l'aise pendant la formation
- **Pas de budget dédié** (recherche de mise à disposition de salles ; bénévolat)

Lieux à découvrir, une prochaine fois !

- **Antipsychiatric advice center** (possibilité d'appeler de 13h à 16h)
- **Organisations travaillant avec des personnes concernées par le sans abris**

3. Recommandations

Enseignements pour la France des observations

Témoignage de Christine Charnay, de Soliha Provence, participante au voyage d'études à Berlin :

« La question du collectif est traitée d'une façon extrêmement sérieuse dans le sens où chaque avis est pris en compte et que ça n'est pas la majorité qui décide mais bien la minorité qui est en désaccord avec la proposition. Les règles de fonctionnement sont clairement posées et acceptées par tous. Les décisions sont collectives et il n'y a pas de hiérarchisation dans qui prend ces dernières, elles sont prises car une voix est une voix.

Il est étonnant de voir l'investissement civique des personnes qui sont salariées mais aussi des personnes qui sont accueillies, elles se sentent investies et à ce titre participent totalement à toutes les discussions.

Une seconde question est celle des financements tant en investissement qu'en fonctionnement, et il est cruel de constater que ce qui était avant gardiste est aujourd'hui obsolète au regard des difficultés de financements idoines ! Il est bon d'avoir cela en tête car notre travail est bien d'arriver à pérenniser et à dupliquer le dispositif qui, s'il est unique risque de subir un sort identique. »

Principaux enseignements aux yeux du LDR

- Des pratiques inspirantes pour la France : respect des directives anticipées, Open dialogue pratiqué dans les associations et institutions y compris dans les hôpitaux, actions citoyenne en faveur de transformations des politiques publiques, « intégration » des pairs aidants dans les équipes
- Le lieu de Répit, soutenu par les pouvoirs publics, peut aussi être inspirant à plusieurs titres : appui sur modèle sociocratique, entretien du lieu par le bailleur, modalités de financement (dotation pour fonctionnement et recherche/évaluation), implication de bénévoles...

Pistes de transposition

« Construire un collectif qui ait des références communes (ex : charte...) avec un process très détaillé de tous les circuits de prise de décision. » suggère Christine de Soliha.

Les participants aux voyages d'études et le collectif LDR envisagent aussi quelques pistes :

- **Open dialogue** : pratique ici et maintenant, avec les personnes concernés (habitants, proches et professionnels) dans divers lieux /espaces avec des partenaires (associations, hôpitaux, services sociaux publics/parapublics)
- **Pair aidants** : formation, missions, travail en équipe...
- **Directives anticipées** (cf. expérimentation lancée à Marseille) & tutelle/curatelle)
- **Actions de plaidoyer** : modifications de la législation, des représentations...
- **Fonctionnement d'un lieu de crise**, de soutien aux personnes en crise
- **Modes d'actions de divers acteurs/maillage territorial/partenariats/travail en réseau** (hôpitaux, acteurs impliqués dans la Runaway House, groupe d'autosupports et/ou groupe d'action politique, centre de formation au rétablissement...)
- **Essaimage, et appui aux initiatives de soutien aux personnes en crise et aux actions visant à faire évoluer les représentations et politiques publiques.** « L'intérêt de l'essaimage à partir d'un projet. Comment favoriser au maximum cette essaimage autant au niveau institutionnel qu'au niveau des équipes. Cela crée une grande richesse de pratiques... au risque de la dispersion des moyens, certes... » écrit René au LDR, la veille du rendu rapport final !

Prérequis

Christine de Soliha suggère quelques pré-requis : « **travailler à mettre en place des indicateurs d'évaluation sur le fonctionnement du LDR, travailler à des outils de communication, forger des alliances solides et se faire connaître, qualifier la valeur ajoutée du lieu/ hôpital, maison de repos, résidence accueil,avoir un mantra qui rappelle que ce lieu est « sociocratique », accepter qu'il ne soit pas géré comme un établissement lambda** (ce qui est rassurant à la fois pour les financeurs et les intervenants sociaux) ».

D'autres pistes...

- Tirer les leçons des expériences de la crise, du soutien aux personnes en crise, de la vie d'un lieu de crise, du fonctionnement et de la gouvernance des acteurs concernés et impliqués
- Accepter de commencer petit !
- Se donner le temps de construire avec les gens, expérimenter, auto-évaluer ce qui le collectif et ses partenaires font
- Combiner action de soutien et action politique
- Accepter tolérance à l'incertitude, un principe fondateur de la charte du LDR et de l'Open dialogue !

Avantages

Christine poursuit : « **ne pas rester invisible ou peu visible et donc isolé, avoir des alliés de poids qui prennent position, s'enrichir des compétences des autres, ne pas rester figé dans une pratique mais être dans une dynamique itérative d'apprentissage collectif et permanent** »

D'autres avantages sont envisagés par le LDR :

- Dans la continuité de pratiques et projets engagés au LDR, qui nécessitent d'être priorisés et renforcés
- Encourage les expérimentations, les passages à l'acte (se lancer), les recherches et évaluation, la recherche action participative
- reconnaissance du LDR comme une alternative qui suscite curiosité et intérêt, qui peut fédérer les volontés

Inconvénients

Christine évoque plusieurs risques : « **risque d'instrumentalisation et de fatigue des équipes, risque de dispersion, risque de ne pas rester fidèle au modèle initial pour « plus de facilité** » »

Le LDR pointe que **les transformations nécessitent :**

- **du temps** pour la co-construction d'une culture commune et des suites à donner aux voyages d'études,
- **des ajustements structurels** (ex: modifications législatives) qui ne dépendent pas que du LDR et de ses partenaires et nécessitent une mobilisation partenariale !

4. Retour d'expérience sur la mission d'étude

a) Enseignements tirés

Par les membres de l'équipe par rapport à leurs propres pratiques :

- Pour tous : pratique de l'open dialogue, fonctionnement en binôme comme cadre de travail, horizontalité dans la relation d'accompagnement : question de la posture de l'accompagnant, travail avec des pairs aidants, questions de tolérance, de soin et respect mutuels.
- Pour René, psychiatre à Marss, « renforcement du **questionnement sur la place relative du psychiatre dans les dispositifs alternatifs de prise en charge, et sur la place de la prise en charge psychiatrique des personnes sans-abri**. Pourquoi n'est-ce pas une question centrale pour les berlinois ? Parce que des structures non psychiatisées permettent un nombre de sans-abris moindre qu'en France ? La question psychiatrique serait donc prise en charge de manière plus large que strictement médicalement comme ça peut l'être en France ? La question est ouverte. »

Pour le fonctionnement et l'organisation des organismes impliqués dans la mission d'étude :

- **Engagement des acteurs et plaidoyer politique** ; implication et utilisation des médias ; développement de supports de plaidoyer ; aspect « idéologique » de la mobilisation pour le développement d'alternatives ; l'implication des avocats au sein des projets est une pratique observée à Berlin.
- **Structure de l'équipe d'accompagnement** : présence potentielle de nutritionnistes / musicothérapeutes / autres fonctions bien-être et santé, plutôt que la composition d'une équipe avec des éducateurs / assistante sociale. Dans le panel de structures que nous avons visitées, des plus radicales aux plus institutionnelles, nous avons constaté qu'il existe une grande diversité de compétences, qui manque vraisemblablement au LDR.
- **Priorité à l'expérimentation et à la mise en place de solutions**, moins à l'écriture de grands projets. Le LDR doit-il se concentrer sur le soutien aux personnes en crise ou continuer à élargir son champ d'intervention à différents types d'activités (accueil / accompagnement / formation / plaidoyer / recherche / actions / auto-support), plus largement ?
- **Les directives anticipées** sont un outil **directement transposable** ; elles sont largement diffusées au sein des différentes structures, reconnues par les institutions, utilisées par les patients.

b) Suites envisagées

- Réseautage/ renforcer du réseau autour des lieux de crise et de leurs manières d'agir
- Aller plus loin dans un travail d'investigation / analyse / recherche autour des projets de lieux d'accueil de la crise : apprentissage et modélisation.
- Pousser la mise en place d'un groupe d'action / diffusion de l'open dialogue au sein de notre projet et autour avec nos partenaires (MARSS), afin d'être en mesure d'envisager une diffusion plus large (hôpitaux marseillais).

« Concernant Soliha Provence, il me manque en fait toute la question des subventions de fonctionnement et d'investissement. Si je reste sur la partie du bâti de la Weglaufhaus, l'état de cette maison se dégrade et je me demande s'il a été pensé la question de son entretien en amont dans les demandes de subvention. Cela signifie dans le cas où le dispositif essaierait, et prenne part dans du privatif, mécénat etc, que soit le propriétaire s'engage à entretenir les lieux à travers le prisme de ses obligations s'il en reste propriétaire, soit une subvention d'investissement est demandée systématiquement et des travaux de maintien sont effectués toutes les années. Enfin, il serait aussi bon dans ce cas-là que le dispositif n'ait pas à verser une rente au propriétaire. Il faut donc aussi penser à un acte notarié qui spécifie tout cela le don de la maison et ce qui va avec. » écrit Christine début octobre aux participants au voyage d'études, qui se réunissent en son absence pour préparer la restitution.

c) Analyse critique de la mission (points forts / points faibles) quant à :

Son déroulement : **richesse des rencontres, diversité des types de projets rencontrés**

Ses résultats : **densité des échanges et des apprentissages**

Son rapport coût / bénéfice : **confort des conditions de voyage pour effectuer la mission, quantité de travail nécessaire à la préparation / coordination**

Points forts :

- **diversité des rencontres** (personnes, acteurs) **et des expériences découvertes**

- **composition de l'équipe, diversité des profils pour les différentes rencontres** (ex : participation de deux partenaires, présence appréciée de René, psychiatre à MARSS ; présence d'un habitant ayant plus de 35 ans d'expérience de vie à la rue ; présence de personnes concernées par des troubles psychiatriques ; membres de divers groupes ; membres de l'équipe salarié...)

- **cohésion d'équipe, moments d'échanges (in)formels** entre les membres du groupe participant au voyage d'études

Points faibles :

- **superficie/étendue importante de la ville et temps de transports chronophage** (bus, tram, train, métro, marche, taxi...) : Berlin : 3 711 930 hab. (31/12/2017). d'une superficie de 891 km², soit 8 fois Paris ou l'équivalent de New York, Berlin s'étire sur 38 km du nord au sud et sur 45 km d'est en ouest.

- **non-recours à/appui sur un/des traducteur(s)**, en l'absence de Sabine les derniers jours

Analyse des éléments facilitateurs ou obstacles concernant notamment :

- **la collaboration entre chercheurs et acteurs de terrain (voire décideurs / représentants d'usagers);**

Eléments facilitateurs : implication de chercheurs bénévoles dans le collectif LDR ; place accordée à la recherche /évaluation dans le projet LDR ; culture de la recherche-action participative ; volonté de créer une collaboration entre chercheurs et experts d'expériences

- **la production partagée de connaissances ;**

Eléments facilitateurs : création de conditions favorisant le croisement, le partage et la valorisation des savoirs académiques et des savoirs expérientiels, dans le cadre de la (auto)formation, l'évaluation, la recherche, la modélisation, l'analyse de pratiques..., dans le cadre d'une recherche-action participative

- **le caractère opérationnel des enseignements.**

Eléments facilitateurs : approfondissement des enseignements et suites à donner dans le cadre des groupes existants

Obstacles : disponibilité pour rendre les enseignements opérationnels compte tenu du niveau d'activités et du fonctionnement d'un lieu de crise ; temps consacré au réseautage, à la co-construction d'actions

d) Pistes d'approfondissement : observations complémentaires recommandées en relation avec le(s) thème(s) ou les territoires/dispositifs étudiés.

Les participants à la restitution des voyages d'études le 9 octobre ont suggéré **quelques priorités de pistes à approfondir** (voir annexe 3).

- **Open dialogue** : se former (25 et 26 octobre et après...) ; pratiquer ; réflexions et échanges sur mise en pratique à partir des 7 points clés dont celui qui concerne le fait d'accepter l'incertitude, à approfondir (quelles réussites et difficultés dans la pratique) ; comment reconnaître ce que l'on ressent, faire avec les silences, les vides, lâcher prise...

- **Plaidoyer** / actions visant à modifier représentations, pratiques et politiques : formation, élaboration d'une stratégie, actions ; essaimage

- **Formations/Actions /évaluation/ recherches internationales/ coopération (quels financements possibles ?)**

- **Pairs aidants** : intégration dans l'équipe, représentations , valoriser des expériences et du travail...

Les pistes d'actions et de recherche envisagées seront approfondies dans le cadre de groupes de travail existants (ex: groupe OD, groupe recherche-action participative, groupe de soutien...) ou nouvellement créés (ex: groupe réseau international), sur proposition de participants aux voyages d'études.

Ces voyages auront donc permis de **créer une dynamique internationale, déjà engagée, mais qui promet d'autres rencontres et collaborations futures**, avec des acteurs vivant, militant et/ou travaillant dans les pays visités mais aussi dans d'autres pays d'Europe (ex : Italie, Suisse) et du monde (voyages d'études envisagés à New York et au Québec en 2019 dans le cadre d'un projet 2018-2020 porté par Just et soutenu par la CNSA ; autres destinations selon opportunités).

Annexes

Annexe 1 : Méthodologie

A. Composition de l'équipe

Au total, 14 participants répartis dans 2 équipes, élus dans le cadre d'un vote sans candidat par le collectif :

- 7 participants par voyage
 - 6 hommes et 8 femmes
 - 2 habitants/bénévoles, 2 bénévoles, 3 partenaires (dont 2 psychiatre et 1 bailleur) et 7 membres de l'équipe salariée dont 5 membres directement impliqués dans le soutien aux personnes en crise.
 - environ la moitié des participants étaient directement concernés par des troubles psychiatriques.
- Plusieurs personnes élues dans le cadre du vote sans candidat, notamment des habitants et bénévoles concernés par les troubles psychiatriques, se sont désistées cet été (situations de crise, autres préoccupations...)

7 personnes ont été élues par le collectif LDR pour participer au voyage d'études à Berlin et représenter le collectif :

- Adil, éducateur spécialisé au LDR depuis juin 2018
- Alexandra, chargée de mission recherche-action participative au LDR depuis l'été 2017
- Christine, cheffe de projets développement à Soliha Provence (porteur du projet)
- Clément, chargé d'appui au LDR depuis juin 2018, a été « d'abord bénévole depuis mars 2018. » Il a « découvert le LDR car » il « était à la recherche d'alternatives ». Il est « venu au LDR pour trouver de l'aide »
- Jean-Claude (JC), habitant depuis mi juillet 2018, s'installe la semaine prochaine dans un logement du groupement Un chez soi d'abord (HAS / Soliha Provence / AP HM),
- René, psychiatre à l'équipe mobile Marss, qui dépend de l'AP-HM (partenaire privilégié pour l'adressage de personnes en crise)
- Sabine, chargée de mission soutien au LDR, anciennement membre de l'équipe de la Runaway House (RH)

B. Brève description de la démarche méthodologique utilisée

- **Prise de contacts avec la RH dès début 2018 et invitation à Marseille en juin pour se connaître et préparer le voyage d'études**
- **Réunions préparatoires du collectif depuis printemps/été 2018 et réunions préparatoires du groupe constitué, ouvertes au collectif, à compter de juillet (au moins 4 réunions).**
- **Co-construction du programme par le groupe constitué; demandes de rencontres réalisées par Sabine, facilitatrice du voyage**
- **Répartition au sein de l'équipe pour mener des recherches sur chaque acteur rencontré, préalables aux rencontres**
- **Répartition des rôles au sein de l'équipe en fonction talents, envies et/ou compétences des participants : prise de photos, enregistrements pour la Drôle de radio, prise de notes, traduction en allemand et anglais...**
- **Briefings (parfois informels) et débriefings systématiques après chaque rencontre**
- **Synthèse à mi-parcours pendant le voyage et définition des perspectives** : Le briefing de Christine, à son arrivée, a permis au groupe de partager avec elle les fruits récoltés pendant les 3 derniers jours et d'envisager la stratégie pour les prochaines rencontres, en l'absence de Sabine.
- **Réunion post-voyage pour tirer les enseignements et préparer la restitution du 09 octobre**

C. Outils de recueil d'informations (grilles d'observation, guides d'entretien...)

Pas de grille d'entretien préétablie. Tout le monde a été invité voire encourager à poser des questions. Chacun aura les principaux axes de recherche et items pouvant être observés à disposition (cf. projet recherche/éval /RAP 2018/20) pour faire d'éventuelles relances/

3 axes du volet de la recherche qualitative pouvant servir de repères pour guider nos pratiques d'observation et d'analyse et servir de supports aux échanges autour des thèmes ci-dessous (liste non exhaustive).

Dynamique d'implantation :

- genèse du projet,
- gouvernance interne,
- processus de sensibilisation auprès des équipes participant au processus d'inclusion,
- partenariats développés entre l'équipe d'intervention et les acteurs de terrain (champ sanitaire, social et médico-social, hébergement et d'insertion) pendant et après les épisodes de crise,
- dissémination du modèle d'intervention et connexion avec des réseaux existants,
- processus d'ajustements et modélisation du modèle.

Modèle d'intervention :

- processus de recrutement et de formation des intervenants, idéaux d'intervention et pratiques de référence, modalités d'intervention propres au quotidien,
- intégration du savoir expérientiel des personnes accompagnées,
- rôle des travailleurs pairs et des bénévoles du Lieu de répit,
- retombées du travail pair sur les rôles et identités professionnels classiques,
- collaboration avec des aidants naturels au sens large,
- participation des personnes utilisatrices à l'évolution du modèle d'intervention (outils et niveau de participation).

Trajectoires des personnes et de leurs aidants naturels :

- analyse rétrospective des épisodes de crise survenus avant l'accueil au Lieu de répit,
- analyse rétrospective de la crise à la Runaway house
- usage de la contrainte,
- dynamiques d'auto-support et d'entraide,
- développement des stratégies personnelles des personnes hébergées et des aidants pour éviter ou faire face à la crise,
- empowerment et processus de rétablissement.

Des observations liées aux actions de chaque groupe au LDR (soutien ; RAP/recherche ; plaisirs/créations... ; radio...) et/ou chaque mission pouvaient aussi être faites.

Annexe 2 : Ressources documentaires

A. Ressources partagées par René, psychiatre à Marss, avec les participants au voyage et le collectif LDR

Des liens vers une association et un collectif (personnes concernées / chercheurs en science sociales / professionnels) mobilisés sur les droits des patients et du consentement

Cercle de Réflexion et de Proposition d'Actions sur la psychiatrie : <https://psychiatrie.crpa.asso.fr/>

Collectif Contrast : <https://contrastcollectif.wordpress.com/> + voir <https://confcap-capdroits.org/>

B. Ressources liées aux partenaires rencontrées

Tribunal Foucault organisé par Irrenoffensive : <https://www.foucault.de/>

Réseau européen des usagers et des survivants de la psychiatrie (ENUSP): https://www.advocacy.fr/upload/Traduction_resummee_du_Bulletin_du_REUSP-ENUSP_d_Octobre_2011.pdf

Convention relative aux droits des personnes handicapées et Protocole facultatif : <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>
<https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbix/8.html>

C. Le parcours des participants au voyage d'étude !

Sabine revient sur ce parcours après le voyage :

« Nous avons habité [https://de.wikipedia.org/wiki/Langhansstra%C3%9Fe_\(Berlin\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Langhansstra%C3%9Fe_(Berlin)) c'est à <https://de.wikipedia.org/wiki/Berlin-Wei%C3%9Fensee>

Nous sommes allés <https://de.wikipedia.org/wiki/Berlin-Friedrichshain> où il y a Kellerkinder e.V. et aussi le bureau de Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V.

Nous sommes allés vers https://de.wikipedia.org/wiki/Rigaer_Stra%C3%9Fe & <http://www.xhain.info/friedrichshain/kreutzigerstr.htm>

Le soir, on a mangé à https://de.wikipedia.org/wiki/Berlin-Prenzlauer_Berg et à Greifswalder Strasse https://de.wikipedia.org/wiki/Greifswalder_Stra%C3%9Fe

Le parc, c'est https://de.wikipedia.org/wiki/G%C3%B6rlitzer_Park

Die Kurve, c'est https://de.wikipedia.org/wiki/Bezirk_Tempelhof-Sch%C3%B6neberg

L'hôpital est là : https://de.wikipedia.org/wiki/Bezirk_Neuk%C3%B6ln

On a mangé ici : https://de.wikipedia.org/wiki/Kottbusser_Tor

Grüsse, Sab »

D. Bibliographie

L'ÉVOLUTION DES DISPOSITIFS DE SOINS PSYCHIATRIQUES EN ALLEMAGNE, ANGLETERRE, FRANCE ET ITALIE : SIMILITUDES ET DIVERGENCES . Questions d'économie de la santé n° 180 - octobre 2012, 8 pages : <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes180.pdf>

Fanny Le Bonhomme. Psychiatrie et société en République démocratique allemande : histoires de patients de la clinique psychiatrique et neurologique de la Charité (Berlin-Est, 1960-1968). Histoire. Université Rennes 2, 2016. Français

Run Away House

Hölling, I. (2002). About the impossibility of a single (ex-)user and survivor of psychiatry position. Acta Psychiatrica Scandinavia, Vol.104, p.102-106.

Parachute

Ostrow, L. and Croft, B. (2014). Toolkit for Evaluating Peer Respite. Interviews with and surveys of peer respite programs reveal important evaluation and program design considerations.

Parachute NYC: Tracing the Origins, Development, and Implementation of an Innovative Alternative to Psychiatric Crisis, WHITE PAPER , Hopper, K. December 18, 2015 (non publiée)

Austin, E., Ramakrishnan, A. and Hopper, K. (2014). Embodying Recovery: A Qualitative Study of Peer Work in a Consumer-Run Service Setting. Community Mental Health Journal, Vol.50, p.879-885.

Brice, G.H., Swarbrick, M. and Gill, K.J. (2014). Promoting the Health of Peer Providers through Wellness Coaching. Psychosocial Nursing Journal, Vol.52(n°1), p.:41-45.

Croft, B. and Isvan, N. (2014). Impact of the 2nd Story Peer Respite Program on Use of Inpatient and Emergency Services. Psychiatric Services. doi:10.1176/appi.ps.201400266

Cullberg J. and al. (2006). Treatment costs and clinical outcome for first episode schizophrenia patients: a 3-year follow-up of the Swedish 'Parachute Project' and Two Comparison Groups. Acta Psychiatrica Scandinavica, Vol.114 (n°4), p.274–281.

Gates, L.B. and Akabas, S.H. (2007). Developing Strategies to Integrate Peer Providers into the Staff of Mental Health Agencies. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research , Vol.34 (n°3), p.293-303.

Lyons, C., Hopley, P., Burton, C.R. and Horrocks, J. (2009). Mental Health Crisis and Respite Services: Service User and Career Aspirations. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, Vol.16 (n°5), p.424-433.

Swarbrick, M., Murphy, A.A., Zechner, M. Spagnolo, A.B. and Gill, K.J. (2011). Wellness Coaching: A New Role for Peers, Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol.34 (n°4), p.328–331.

Annexe 3 : Restitution des voyages d'études, 09 octobre 2018, au LDR

Une partie de la restitution a été filmée.

Une trentaine de participants dont 14 participants aux voyages d'études

1. Introduction : pourquoi s'est-on retrouvé là-bas ?

Brise glace :

- Berlin ?
- Laponie
- Open dialogue

Du montage du projet l'été 2017 aux voyages d'études en août/septembre 2018, en passant par la venue des berlinois et finlandais à Marseille (juin 2018) et la/les restitution(s), en cours (et à venir (Paris, janvier 2019)

Un temps court dédié à la préparation des restitutions

- Restitution Berlin : séance de travail du 4 octobre (retour de voyage le 30 septembre)
- Restitution Laponie : 3 à 4 rencontres après le voyage (retour de voyage début septembre)

2. Restitution du voyage d'études à Berlin

Utilisation d'un support pwwt avec des photos des personnes rencontrées et lieux visités

Présentation des acteurs : Iren Offensive : René ; Die Kurve : Adil ; Klinkum Neukoel : Alex ; Recovery College : Alex / Clément ; Wolfgang et 2 pairs aidantes : Jean-Claude ; RunAway House : Clément ; Christine : groupe autosupport ; Keller Kinder : Sabine

Cf. support pwwt

= mise en avant de principaux enseignements autour de 3 thèmes : pratique de l'open dialogue, articulation avec les pairs aidants, plaidoyer politique

3. Restitution du voyage d'études en Laponie

Restitution sous forme de Dialogue ouvert

4. Co-construction avec les participants des suites à données aux voyages d'études par le collectif et ses partenaires

Suites envisagées :

- **Open dialogue** : se former (25 et 26 octobre et après...) ; pratiquer ; réflexions et échanges sur mise en pratique à partir des 7 point clés dont celui qui concerne le fait d'accepter l'incertitude, à approfondir (quelles réussites et difficultés dans la pratique) ; comment reconnaître ce que l'on ressent, faire avec les silences, les vides, lâcher

prise...

- **Plaidoyer** / actions visant à modifier représentations, pratiques et politiques : formation, élaboration d'une stratégie, actions ; essaimage
- **Formations/Actions /évaluation/ recherches internationales/ coopération (quels financements possibles ?)**
- **Pairs aidants** : intégration dans l'équipe, représentations , valoriser des expériences et du travail...

Espaces où pourront être tirés les enseignements et construites des actions, à partir des pistes envisagées

- Groupe formation open dialogue (impliquer Ulyce, Marss, les hôpitaux..)
- Prochain RV : formation les 26 et 27 octobre à Marseille (Nick Putman – Grande Bretagne - et Carlos Léon - Suisse)
- Groupe recherche-action participative
 - Groupe plaidoyer (s'appuyer sur l'expérience de MdM par exemple)
 - Groupe de soutien (aux personnes en crise)
 - Groupe réseau international
- ... mais aussi d'autres groupes (ex : groupe radio, groupe plaisirs...)

Travailler sur la coordination, communication et articulation entre ces groupes

Mise à disposition possible d'une salle par Soliha au Prado pour les rencontres des groupes