

CRPA - Cercle de Réflexion et de Proposition d'Actions sur la psychiatrie ¹

Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 | Ref. n° : W751208044

Président : André Bitton. 14, rue des Tapisseries, 75017, Paris |

Mail : crpa_asso2010@bbox.fr | Site internet : <https://crpa.asso.fr>

Document finalisé le **3 septembre 2023** d'après des notes prises au cours de cette conférence.

Compte-rendu de la conférence-débat du samedi 25 mars 2023, 14h-18h, à l'AGECA, Paris.

Thèmes : l'empowerment des usagers de la psychiatrie ; l'isolement et la contention ; la nécessité d'instaurer des contre-pouvoirs ; le COFOR (centre de formation au rétablissement) Marseille.

19 personnes présentes dont 1 personne en visioconférence. 16 personnes (ex-) psychiatisées, 3 professionnels de la psychiatrie ou du droit.

1^{ère} intervention : Mme Saphir Desvignes, doctorante AP-HM : 14h10 à 14h40, débat avec la salle de 14h40 à 15h10.

S.D. se présente en qualité d'ex-usagère de la psychiatrie et nous résume sa thèse de santé publique en cours de préparation sur « l'Empowerment » des usagers en santé mentale. Cette thématique est très valorisée par les autorités sanitaires avec une ambiguïté qui la rend attrayante pour les décideurs, les professionnels et les usagers.

Il nous est proposé de traduire ce concept anglo-américain par le néologisme : « empouvoirement », plutôt que par « autonomisation » ou par « pouvoir d'agir ». La définition collectiviste de ce concept étant pour une communauté de reprendre un pouvoir qui lui a été supprimé. En l'espèce, de prendre ou reprendre un pouvoir sur soi, ce pouvoir étant aussi une capacité d'intervention dans la cité => acquérir ou réacquérir une pleine citoyenneté.

Ce concept, en date des années 1960, est lié à la base aux revendications de groupes sociaux opprimés. Les luttes féministes notamment en Asie du sud, le mouvement pour les droits civiques des noirs américains, et en Amérique latine « la pédagogie des opprimés » (Paolo Freire).²

Dans les années 1980, ce concept arrive dans le champ psychiatrique par le biais des séropositifs, préfigurant le mouvement officialisé dans les années 1990 du « Réseau des (ex-) usagers et survivants de la psychiatrie ». Voir la « psychologie communautaire », Julian Rappaport, psychologue américain ³. Le contexte américain est celui d'une

¹ Le CRPA est adhérent au Réseau européen des (ex) usagers et survivants de la psychiatrie (ENUSP / REUSP).

² Paolo Freire, pédagogue brésilien, 1921-1997. Lire un chapitre Wikipedia : https://fr.wikipedia.org/wiki/Paolo_Freire

³ Julian Rappaport (1945 -). Notice Wikipedia : https://en.wikipedia.org/wiki/Julian_Rappaport

désinstitutionnalisation accélérée se traduisant par des fermetures de lits en nombre des institutions psychiatriques.

On assiste ces mêmes années à une « esthétisation » des luttes des minorités, et à une récupération de ces luttes par les classes dominantes (Hollywood, show business ... etc).

Le modèle néo-libéral étant celui de l'empowerment individuel = une sélection des plus forts, des plus aisés, et des plus habiles, des moins atteints, des moins défavorisés.

Notion « d'Activation du patient ».

Le consensus est artificiel sur ce concept. Dans les faits les pratiques et les idées diffèrent complètement.

Trois modèles théoriques sont en place : le modèle radical issu des communautés opprimées (émancipation individuelle et collective, émancipation sociale), le modèle socio-libéral, le modèle néolibéral.

Le modèle le plus fréquent est celui néolibéral aussi appelé « empowerment individuel ». C'est la logique de la responsabilisation de l'individu en tant que singularité... La traduction concrète étant que les usagers de la psychiatrie n'acquièrent aucun pouvoir, juste des compétences. Absence de rééquilibrage des rapports de force inter-individuels et sociaux.

Trois niveaux de l'empowerment : individuel, collectif, organisationnel. On défigure ce concept si on ne prend qu'un des trois niveaux.

Ce concept est en opposition au modèle biomédical qui donne le pouvoir au corps médical.

On opère un tournant vers ce que nous connaissons en France sous le terme de « démocratie sanitaire » avec une logique participative. En l'espèce il s'agit d'une participation limitée et contrôlée. Les représentants des patients ont peu de connaissances sur le système de santé auquel ils participent. Les idées des usagers sont accueillies et retenues quand elles concordent avec l'agenda des détenteurs du pouvoir, à défaut le financement n'est pas accordé.

Cette question : des représentants des usagers (co-) décident-ils de la désignation de pairs ?

En psychiatrie plus qu'ailleurs, une croyance est puissante et tenace selon laquelle les usagers ou leurs représentants eux-mêmes (ex-) usagers, manquent de fiabilité, de lucidité et de capacité. Les usagers et les représentants d'usagers doivent faire leurs preuves aux mêmes niveaux que des professionnels tout en étant continuellement sous une invalidation réflexe... Les médecins peuvent faire la preuve qu'ils sont incompétents, une compétence de principe leur est accordée ce qui les maintient dans leurs fonctions.

- **Empowerment et transfert de compétences.**

Les pairs-aidants sont embauchés en bas de la hiérarchie institutionnelle et n'ont pas de possibilités d'évolution de carrière. Ce sont des agents administratifs contractuels non titulaires de la fonction publique hospitalière [sauf quelques exceptions]. Il n'y a pas de volonté institutionnelle de pratiquer une intégration de pairs-aidants dans le haut de la hiérarchie institutionnelle contrairement à ce qui s'est produit aux USA, au Canada, au Royaume-Uni, en

Suisse ou en Europe du Nord. Dans les recrutements pour des postes à responsabilité, la phrase « savoir expérientiel bienvenu » disparaît...

- **Une renégociation est nécessaire sur cet enjeu de pouvoir. L'alternative étant soit la rupture radicale (on sort du système institutionnel), soit la collaboration. Les pairs-aidants sont nécessairement dans une position inconfortable. La redistribution du pouvoir ne peut pas être tendre.**

S.D. : « Certes ce sont les médecins qui prennent les orientations, néanmoins nous sommes à un tournant institutionnel et étatique par des législations promouvant une inclusion des usagers du système de santé ».

- **Représentation des usagers de la psychiatrie dans les instances sanitaires et décisionnaires.**

Les patients doivent-ils se contenter d'un à deux sièges - strapontins dans des instances sanitaires à titre consultatif ? [N.d.R. c'est toute la question de la représentation des usagers du système de santé, singulièrement en psychiatrie ou dominant des relations de domination de type féodales sur les patients].

Quel poids peut avoir la voix des usagers de la psychiatrie ? Y a-t-il des représentants des patients dument formés dans les instances décisionnaires où sont décidés l'octroi de subventions par exemple.

Il devrait y avoir des représentants des usagers de la psychiatrie dans les instances décisionnaires, mais à cette condition que ces représentants soient formés et qu'ils puissent intervenir à bon escient [N.d.R. Sur ce point les pouvoirs publics bloquent, ainsi que le prouvent les avanies subies par le CRPA et nos vives protestations durant la décade 2010]

S.D. On demande aux représentants des usagers de la psychiatrie dans les instances sanitaires soit de faire leurs preuves, soit d'être de préférence en état d'incompétence déclarée...

Il y a une nette problématique de défaut de transfert des compétences du groupe social dominant au groupe social dominé.

[N.d.r. Cet adage : **La liberté ne se donne pas elle se conquiert. Même chose pour le pouvoir.**]

S.D. nous explique en fin d'intervention qu'elle a subi une invalidation partielle de son projet de thèse par le comité d'éthique de l'assistance publique-hôpitaux de Marseille, et donc par sa direction de recherches. **Le comité d'éthique a stoppé son étude dans la mesure où son travail d'enquête sur le terrain aurait été susceptible de perturber des patients schizophrènes qui auraient pu stopper leur traitement, ce qui aurait perturbé leur relation aux soignants...** [N.d.r. Blocage typique de ce que l'on rencontre en France qui a entravé le développement de nos mouvements et organisations].

- **Débat avec les personnes présentes.**

Dr Mathieu Bellahsen, sur l'empowerment falsifié. Ces concepts sont utilisés comme novlangue dans un sens de neutralisation. Comment former un contre-pouvoir ?

Mme D. : « Vous devez faire profil bas, lisser votre discours. Vous ferez votre travail sur l'Empowerment. » (sinon vous êtes invalidée).

Mme A. L. : « Les pratiques novatrices des soignants sont étouffées par les hiérarchies. Les pratiques de rétablissement restent théoriques mais rien ne suit dans les pratiques ».

Mme Sarah Massoud (S.M.) Sur le volet pénal, dans l'institution judiciaire. Les responsabilisation des malades. Obligation de soins. La notion d'Empowerment a été happée dans le sens de la responsabilisation des personnes atteintes au plan psychiatrique dans le sens d'une pénalisation accrue => une deshumanisation accrue avec défaut de soins.

Cf. la problématique des expertises psychiatriques avec une chute statistique des déclarations d'irresponsabilité pénale.

Le temps d'audience des contrôles par les juges des libertés et de la détention des hospitalisations sans consentement. Le principe du contradictoire. Le dossier médical. L'avis médical est dominant. Le rôle du magistrat c'est de trancher. Quand pouvez-vous penser ? On livre des déclarations violentes à des internés qui ne font pas le poids et n'ont pas « l'égalité des armes » au sens juridique du terme.

Il y a un lâcher-prise. Les psychiatisés se livrent et disent des choses qu'ils ne diront pas ouvertement. Elle s'efforce d'acter ce que dit le patient dans l'ordonnance judiciaire.

Sur le huis-clos. Mme Sarah Massoud n'y tient pas. La publicité des débats est un principe fondamental qui garantit un contrôle extérieur. Le contre-exemple étant ce qu'on peut voir dans le film « 12 jours » : des internés qui comparaissent devant le juge des libertés et de la détention avec deux infirmiers accompagnateurs provenant du service d'où les personnes hospitalisées sans consentement sont extraites. Ces personnels surveillent les déclarations des patients ...

Le contrôle du juge des libertés et de la détention au plus proche de l'admission aurait été préférable, selon elle, plutôt que la date de 12 jours.

J'ai rappelé aux personnes présentes que ce délai de 12 jours avait été adopté sur un amendement de la ministre de la Santé, Mme Marisol Touraine en séance à l'Assemblée nationale le 25 juillet 2013. Son argument avait été d'unifier le délai avant lequel le juge des libertés et de la détention doit statuer à titre obligatoire sur une mesure d'hospitalisation sans consentement avec celui de la saisine facultative de ce juge par l'intéressé ou par des proches. Ce délai de 12 jours dans les saisines des intéressés et des proches provenait d'un décret du 20 mai 2010 antérieur à la judiciarisation systématique des maintiens en hospitalisation sans consentement de la loi du 5 juillet 2011.

Mme A. L. : « les observations médicales. Les patients n'y accèdent pas ».

Mme Cl. O. Le CLSM d'Argenteuil – Bezon (95 – 93). Le coordinateur a une volonté de donner la parole aux usagers en santé mentale. Ces éléments sont nouveaux.

Dr Aurélie Tinland. Ces mobilisations comment à payer. Il y a un changement. Lien avec la professionnalisation des usagers de la psychiatrie.

L'internet a permis une libération de la parole des personnes psychiatisées. Voir les pages Facebook, les forums et les différents site internet qui ont vu le jour souvent tenus par des personnes concernées par les prises en charge psychiatrique et/ou par l'internement.

La condamnation en 2018 par la Cour d'assises du Dr Alain Pidolle à 13 ans de prison ferme pour viol et violences sexuelles sur certaines de ses patientes dont une mineure, est une 1^{ère}. Mais néanmoins ce n'est qu'une petite partie de l'iceberg.

Mme Cl. O. Des usagers devraient être co-décideurs ou concertés tout au moins auprès des décideurs financiers.

Dr Mathieu Bellahsen, il faudrait faire intervenir les gens de l'AGIDD (association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale au Québec). Leur réseau d'observateurs est financé par l'Etat. Le 15 mai est d'ailleurs leur jour anniversaire de gain judiciaire. Lissage de discours

Une pair-aidante : Le premier jour de la licence de médiateurs santé pairs il est nécessaire de faire profil bas et de ne rien dire.

Une prise de pouvoir sur ce terrain par certains soignants qui orientent leur carrière vers les thérapies orientées rétablissement. La licence de médiateur de santé pair (qui est distincte du diplôme universitaire de pair-aidant professionnalisé) est très lisse. On ne peut pas mettre en œuvre le rétablissement. Si des déclarations d'intention sont en place elles ne trouvent pas leur traduction dans les pratiques.

Je fais état du 1^{er} colloque institutionnel de la FNAP PSY le 25 février 2000, dans la salle de conférence du ministère de la Santé le 25 février 2000. Dans l'ensemble les déclarations des personnes en tribune étaient lissées et consensuelles. Une délégation du GIA était présente dans l'assistance. On était 7 à 8 personnes. Nous étions vus comme des perturbateurs paranoïaques... J'avais émis une liste de revendications de base. J'avais été applaudi, mais mis de côté avec mes camarades parce que perturbé - perturbateur...

Mme Sarah Massoud. Deux réflexions au niveau judiciaire. La notion de responsabilisation va avec tout le volet pénal. Est majoritaire dans l'institution judiciaire d'aller dans le sens d'une responsabilisation des patients. Cela va de pair avec la criminalisation de la maladie mentale. C'est ce qui est fait majoritairement au pénal. Cette notion d'empowerment a été happée par le courant de la pénalisation des faits des patients de la psychiatrie. Ce n'est pas questionné par les magistrats. Il est rassurant de mettre une obligation de soins. C'est une autre manière de normaliser. Penchant sécuritaire : responsabiliser les gens et renforcer les axes de contraintes sur la personne concernée.

Le temps de l'audience lors des contrôles par le JLD des hospitalisations sous contrainte, lieu d'une autre parole du patient. Un des grands principes du droit : le principe du contradictoire, on donne à voir sur le dossier médical un avis juridique. C'est une violence, mais donner la

parole c'est ouvrir un espace de contre-pouvoir. Il existe deux violences : les médecins veulent que vous restiez ; le magistrat peut ou non libérer la personne. A ce moment-là, un lâcher-prise, vous êtes témoin de dysfonctionnements... Le contradictoire ouvre un contre-pouvoir. Un autre moment de collectivisation, très solennel, très encadré. Personne ne lit les ordonnances. Les ordonnances des psychiatres contre les ordonnances judiciaires. [Les décisions des juges des libertés et de la détention ainsi que celles des magistrats de Cours d'appel dans les contrôles des hospitalisations psychiatriques sont des « ordonnances » en ce qu'elles sont rendues en procédure d'urgence et en ce qu'elles ne statuent pas au fond du contentieux. Ndr.]

Bras de fer. Ces frictions entre les professionnels de la justice et de la psychiatrie sont intéressantes. C'est dans cet agencement d'un affrontement et d'une dissension que l'on arrive à mettre des choses en place.

Est questionnée la pertinence du terme de « patient » pour un juge : les personnes hospitalisées en psychiatrie sont pour l'institution judiciaire des justiciables.

Sur l'accroissement du nombre de maladies mentales et de personnes malades. Marginalisation de la population incluse.

Mme Cl. O. Contre-pouvoir : banlieue est de Paris CLSM d'Argenteuil Bezons. Le coordinateur a la volonté de donner la parole et de transformer positivement la parole des usagers en action.

S'appuyer sur certains éléments de la décentralisation à différents niveaux.

Quand les gens ont vraiment le pouvoir, ils s'investissent. Dans les instances où l'on demande aux personnes représentantes des usagers d'y être pour servir de caution, elles se fatiguent et ne revendiquent plus.

[L'agence régionale de santé d'Île-de-France a lancé ces derniers mois plusieurs appels à candidatures pour des fonctions de représentation des usagers dans les commissions des usagers des établissements sanitaires de la région capitale, en faisant état d'un manque évident de candidatures. Les personnes mandatées par les associations agréées du système de santé ont eu le temps de constater que leur présence ne servait à rien d'autre que de cautionner les déclarations et politiques des directions des établissements et d'être instrumentalisées par les uns et les autres sans pouvoir être effectives dans le cadre de leur mandat de représentation des intérêts des patients. Ndr.]

Voir les positions défendues par Treize dans son témoignage à charge. [N.d.r. Mais peut-on se contenter d'une posture de simple dénonciation ? D'évidence non.]

2^{ème} intervention, Dr Mathieu Bellahsen, psychiatre, 15h10 à 15h40, débat avec la salle de 15h40 à 16h10.

M.B. Sur son contentieux contre l'EPSM Roger Prévot de Moisselles, et son prochain livre sur l'abolition de la contention.

Son enquête sur l'isolement et la contention. Le manque de données. La surmortalité sous contention est sous documentée. Il a lancé un appel à témoignages sur les pratiques de contention. Il en a reçu une vingtaine. Il ouvre son livre sur ces témoignages. Cela renforce cette prise de parole des personnes concernées.

Le corps à corps thème central de son livre. Le corps dominant institutionnel, le corps dominé des personnes psychiatisées.

Les recommandations du Conseil de l'Europe, les expériences dans des pays d'Europe du Nord, voir la Norvège.

La recherche en matière psychiatrique. Financer des études sur les pratiques de contention cela n'est pas tendance, ce n'est pas payant. La littérature internationale est passablement silencieuse ... Qui finance les publications et les recherches en ce domaine ?

Cf. l'AGIDD (association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale au Québec), leur journée annuelle. Voir un hôpital psychiatrique en Caroline du nord où les équipes ont mis en place une forte réduction de la contention mécanique.

Une séquence médiatique s'ouvre avec la future décision du Conseil constitutionnel du 31 mars 2023, décision relative à une 3^{ème} QPC sur l'isolement et la contention. Il a diffusé une note de synthèse sur ces actions juridiques dans son futur livre.

[Une notation ironique : 1°) Des travaux de recherche sur la contention pourraient être couplés avec une recherche sur la stimulation intra crânienne par électrodes ...A.B.]

L'enveloppement packing qu'il a co-pratiqué dans le service d'Asnières-sur-Seine.

Cf. le livre témoignage de Treize : Charge, récemment publié et valorisé par France Culture et Mediapart Club. A publiciter.

Débat salle, 15h40 à 16h10.

Si on pose des limites extrêmes, les personnes ne pourront pas aller au-delà. Les demandes des gens d'être attachés sur leur demande posent cette question. Cf. la logique de reproduction.

[Cf. ces logiques « têtes contre les murs » : des personnes cassées et extrémisées cherchent les limites afin de se faire casser par une délégation suicidaire aux autorités du pouvoir de les casser toujours plus avant ou de les supprimer. Cf les conduites suicidaires. Ndr.]

L'arrivée en crise aux urgences prouve l'échec de la prévention ou l'inexistence de la prévention.

Le Dr Mathieu Bellahsen défend le soin relationnel.

Une personne présente dans la salle intervient sur les viols sur des patients enfermés.

Cette notion de « dernier recours » de la recommandation de la HAS de mars 2017 ainsi que du texte de la loi. Cette notion n'est pas respectée dans les pratiques ...

Cf. le service du CH de Chinon. Une étude sociologique – anthropologique financée afin d'étudier les modalités des 15 % de services psychiatriques qui ne pratiquent que peu ou pas la contention des patients.

La Dr Aurélie Tinland plaide pour les chercheurs qui sont mandatés sur cette recherche. Un CH comme Valvert à Marseille n'utilise pas ou peu la contention mais utilise d'autres méthodes, telle la contention chimique. Mais une telle étude peut aussi bien servir aux tutelles pour réprimer les agents de ce service.

Voir les techniques de contrainte informelle.

- **On manque de contre-enquêtes sur ces sujets.**

Mme Sarah Massoud. L'aspect stratégique de ce livre. Combat structurel. Cf. l'insécurité. Les statistiques en la matière. On doit déconstruire la pensée dominante. Ce qui suppose d'avoir des arguments. Cela suppose des contre-enquêtes.

Avoir des données chiffrées. Le manque de données en la matière. Le discours carcéral par exemple. Sur ces domaines le conflit est systématique avec les autorités étatiques ne serait-ce que pour avoir des statistiques. Puis quand ces statistiques sont fournies se pose la question de savoir si elles sont fiables.

Dr Mathieu Bellahsen. Lutter par la comptabilité. Quand le texte a été débattu devant le Parlement en 2020 et 2021, il n'y avait pas de statistiques produites sur les pratiques d'isolement et de contention. Or la traçabilité de ces pratiques est en place depuis la loi de janvier 2016 ... Si on rapporte les chiffres, on sait que les mesures alternatives marchent... A nous de pouvoir évaluer des politiques publiques.

Une étude de l'IRDES, sous la direction de Mme Magali Coldefy, a été néanmoins publiée en juin 2022 sur les soins sans consentement et les pratiques d'isolement et de contention (<https://lc.cx/cIZFIJ>), mais force est de constater que cette publication institutionnelle est rendue publique amplement après les travaux parlementaires de 2020 et 2021 qui ont instauré, sur deux décisions de censures constitutionnelles, un contrôle judiciaire obligatoire des maintiens en isolement et contention.

[En amont de cette publication, seule la CCDH (commission des citoyens pour les droits de l'homme) par ses demandes de communication systématiques des registres de l'isolement aux établissements était, et est toujours actuellement, en position de fournir et de publier sur son site internet un état des lieux chiffré de ces pratiques. Que les pouvoirs publics laissent ainsi à une association aussi polémique que l'est la CCDH le soin de fournir au public de telles statistiques n'est certainement pas anodin. C'est là toute une stratégie politique de discrédit de quelque contestation que ce soit de l'emprise psychiatrique sur les populations qui est en place depuis la fin des années 1990. NDR. A.B.]

Voir des études qui ont été produites depuis une dizaine d'années sur les coûts indirects de la santé mentale, de la sécurité sociale, de la cour des comptes comme de FondaMental. Cf. le

coût de l'improductivité issue de la chronicisation au très long cours ou à titre définitif d'un nombre très important de personnes psychiatisées :

Dépenses collectives en santé mentale en France : dans les 160 milliards d'euros par an de coûts indirects. Dans les 25 milliards d'euros par an de coûts directs. [On voit là au vu de ces chiffres qu'un militantisme est nécessaire pour dépsychiatriser quantité de personnes psychiatisées qui ne devraient pas, et de doivent pas, être chronicisées. NDR. A.B.]

La Dr Aurélie Tinland. Autorisation de travailler sur une base de données sur l'ensemble des données de santé en matière de psychiatrie. Voir les données en matière de coûts. Cf. les directives anticipées.

Si on parle aux décideurs du système en termes économiques ceux-ci comprennent.

M. Bernard Meile : les chiffres sont produits sur des critères conceptuels, généraux... Faire un débriefing sur ce qu'il se passe. On n'inclut pas les gens eux-mêmes dans les travaux... Dans le CHRS (centre d'hébergement et de réhabilitation sociale) où il est hébergé, un résidant a été égorgé par un autre résidant SDF. La police est répartie sans faire d'enquête approfondie, ayant un homme hébergé présumé coupable. Il s'en est ensuivi pour cet homme deux ans et demi de détention préventive. L'interrogatoire n'a pas été poussé au-delà de ce seul homme qui était un coupable idéal. Un officier de police s'est défaussé sur ce manque d'enquête sur le fait qu'il s'agit d'un établissement d'hébergement pour personnes laissées-pour-compte. La même chose se produit en cas de crime sur un patient dans un établissement psychiatrique...

M. B. D., président d'un GEM. Sur les témoignages de personnes qui disent qu'ils ont demandé d'être mis sous contention. En tant que Président d'un Groupe d'entraide mutuelle il ne s'autorise pas à juger et à s'opposer à ces personnes.

Mme Sarah Massoud : le Gouvernement n'a pas intérêt à sortir des chiffres objectifs sur les pratiques répressives.

La question que se posent les juges des libertés et de la détention en matière de contrôle obligatoire des hospitalisations sans consentement : « On sert à quoi dans les H.P. ».

[Etant précisé que la Cour de cassation par des arrêts de principe réitérés a restreint le champ de contrôle des hospitalisations sans consentement par les JLD et les magistrats de Cours d'appel pratiquement à la seule légalité formelle, sans que ces juges puissent ordonner sur ces seuls motifs des mainlevées ... Les irrégularités de droit formelles sont fort nombreuses dans ces dossiers, sans même que les conséquences juridiques en termes de liberté individuelle en soient tirées. Ndr. A.B.]

Mme A. L. Sur ceux qui disent que la contention leur a profité. Ces personnes ont pu s'acculturer à ce que disent les soignants et adopter le point de vue des professionnels.

Mme F. M. Remarques sur la sémantique : sur les besoins en alternative. Ce ne sont pas des alternatives dont on a besoin, mais de compléments. La réponse des soignants. On lui oppose le déficit de personnels quand elle dénonce que l'hospitalisation sans consentement et les pratiques qui l'accompagnent sont très violentes.

Dr Mathieu Bellahsen : il y a 20 ans il ne manquait pas de personnels. Cet argument est contestable. [Je confirme, Ndr. A.B.]

Il faut plaider pour une psychiatrie critique. Voir la thèse du Dr Jacques Hochmann : la psychiatrie ne marche que si une antipsychiatrie lui fait face et est en état de fonctionnement.

Ou bien cette phrase de Denis Bourdaud lors d'une émission l'Entonnoir de Radio Libertaire :
« **Ce n'est pas la psychiatrie qui vous sauve, c'est la réaction que vous faites contre** ».

3^{ème} intervention, Dr Aurélie Tinland, psychiatre – chercheuse, assistance publique – hôpitaux de Marseille, sur le COFOR (centre de formation au rétablissement). 16h25 – 16h55, débat avec la salle jusqu'à 17h25.

Projet porté par Mars (mouvement et actions pour le rétablissement sanitaire et social, cf. Dr Vincent Girard), structure militante marseillaise pour personnes précaires avec addiction et problématique de santé mentale. Projet de mieux-être entre personnes concernées.

Mme Céline Letailleur (usagère de la psychiatrie) s'est intégrée dans ce groupe dans le cadre d'un appel à projets, qui était financé. Mme Céline Letailleur avait un parcours dans les sciences de l'éducation. Elle était en stage à MARS.

Ils se sont adossés à une organisation déjà en place : Solidarité réhabilitation, localisé à l'IRTS (institut de travail social).

Co-construction avec des personnes concernées elles-mêmes, sur le modèle du Recovery collège (lieu d'apprentissage du rétablissement), modèle américain en date des années 1980. Notion de rétablissement contre la conception selon laquelle l'atteinte psychiatrique est définitive. Considérer qu'il fallait que ce lieu soit essentiellement composé d'usagers de la psychiatrie avec le moins possible de professionnels. Le lieu de formation étant un lieu neutre, non sanitaire. Les personnes stagiaires étant présentes en tant qu'étudiantes.

Les étudiants du COFOR font des ateliers qu'ils animent sur leur expertise.

Le savoir peut émanciper les personnes. Echanges sur le rétablissement.

Le COFOR a été porté par des usagers de la psychiatrie.

Mme Saphir Desvignes souligne que la Dr Aurélie Tinland qui intervient aujourd'hui n'est pas usagère de la psychiatrie.

La Dr Aurélie Tinland répond qu'elle porte ce projet en tant que chercheuse, avec la pleine participation des usagers qui ont joué un rôle moteur.

A Lille le projet est entièrement porté par des usagers (Mme F. M.).

Sont proposés au COFOR des modules de formation. Le programme est financé par l'agence régionale de santé Provence - Alpes côte d'Azur. Des groupes d'usagers ont été formés. La

païerie et le contenu des cours ont été discutés selon une modalité de démocratie interne. Ils sont passés d'un petit nombre de personnes à près de 40 personnes. Des modules différents ont été mis en œuvre, dont un module sur les droits des usagers, selon les centres d'intérêts des personnes qui s'impliquent.

Des sessions thématiques ont eu cours selon les priorités des personnes.

Parmi ces modules, l'entente de voix, l'arrêt des traitements, la parentalité, vivre avec des troubles psychiques, les modalités alternatives en santé, un module bien être, l'auto-défense physique et psychique contre la maladie et la stigmatisation.

Un cours par semaine sur 12 semaines. Des facilitateurs sont dans l'équipe. Pas de validation en fin de cursus. Si les personnes sont venues à plus de 9 séances/12, elles reçoivent une attestation.

Tous les lundis se réunit un groupe de gouvernance du projet qui décide le programme à venir : un focus groupe.

Le programme est évalué par des chercheurs de sorte à améliorer la structure.

Il s'agit d'une forme d'éducation populaire, ou de formation permanente.

Avoir une idée des différents parcours de rétablissement. Piocher dans telle initiative pour qu'on puisse s'en servir. Aller vers une auto-médecine.

Le COFOR existe depuis 6 ans (2017). 300 étudiants ont été formés depuis. Des personnes ont pu se débarrasser d'un auto-invalidation. Les personnes acquièrent des habiletés, des techniques. Les personnes rentrent dans une dynamique d'émancipation, et de pouvoir d'agir.

A l'origine le COFOR ne voulait pas s'intéresser à la pair-aidance professionnelle. Ce thème s'est imposé à eux sur la pression des étudiants. Un module a été lancé sur la formation des pairs aidants professionnalisés.

Le constat étant que la pair-aidance professionnelle est une petite partie de la pair-aidance.

Une pratique d'auto-support. Des personnes ont été déçues du fait que la pair-aidance ne soit pas nécessairement l'objet du COFOR. Ces formations enrichissent les parcours professionnels de celles et ceux qui sont déjà intégrés.

Les facilitateurs sont des formateurs occasionnels.

Voir le développement des plates-formes de pair-aidance. Cf. la plate forme « Espair pro ». [Il y a eu une alerte de France assos santé sur cette forme d'ubérisation de la pair-aidance en tant que nouveau métier. Ndr]

Sur les directives anticipées, le risque des menaces de représailles par l'équipe soignante est souligné. Par exemple l'exclusion des soins.

L'auto-support : les pratiques d'entraide. Voir la dimension militante. Le self help des anglo-saxons développé dans les années 1970 puis institutionnalisé.

Financement 2016. Sur un appel à projets de la DGS (Direction générale de la santé). Recrutement. Gratification des participants. 250 € par à titre de gratification quand une personne a réussi à passer un module.

Phase de négociation actuelle en place. Voir le COFOR de Lille, Vincent Demassiet, et le groupe d'entraide Les Ch'tis Bonheur.

Des demandes affluent pour fonder une prestation de ce genre. La Dr Aurélie Tinland espère que des budgets seront débloqués pour essayer cette initiative. Les Britanniques ont développé 80 Recovery Collège - Collèges de rétablissement - au Royaume Uni.

S'est posée la question d'une rivalité pour obtenir le poste salarié de coordinateur. [C'est d'ailleurs sur cette question polémique que le projet initial d'un COFOR parisien a échoué. Ce que ces sessions totalement bénévoles s'efforcent de pallier. Ndr.]

Les coordinateurs sont des responsables de formation, des organisateurs. Ce poste demande une compétence en matière de gestion de réseaux et le maintien d'une horizontalité.

L'auto-invalidation massive que les personnes psychiatisées portent est contrée par une intégration de groupe. Un questionnaire de satisfaction est soumis aux personnes stagiaires.

Débat avec la salle 16h55 à 17h25.

M. P. M. Sur le lexique : « directives anticipées », ou bien « plan de mesures anticipées ».

Dr Aurélie Tinland. : Elle est pour le terme de directives anticipées. Dans la mesure où le groupe de travail est pour qu'il y ait une inscription de ce concept dans un texte de loi.

Mme Cl. O. en tant que pair-aidante. Ce terme est compris par les usagers qui l'entendent. Par contre elle est personnellement pour le concept de « plan de crise conjoint ». Ce qui induit un plan tamponné (validé) par une équipe soignante ... donc autorisé.

La Dr Aurélie Tinland oppose que dans ce cas le desiderata du patient est biaisé. La personne doit être décisionnaire de ce qu'elle préconise.

Mme Massoud : sur l'élaboration du texte sur l'isolement et la contention, le syndicat de la magistrature a demandé que les directives anticipées soient incluses dans ce texte sur l'isolement. Cette disposition existe déjà sur les majeurs protégés. La direction des affaires civiles et du sceau (DACs) n'y était pas opposée. L'opposition est venue du ministère de la santé.

La Dr Aurélie Tinland : on vient d'être saisis sur un rapport sur les DAIP (directives anticipées en psychiatrie) pour le ministère de la Santé.

Mme F. M. : sur l'horizontalité. Lille bénéficie de l'expérience de Marseille. La démocratie directe fonctionne bien à Lille. Pour Mme F. M. c'est l'endroit où elle a trouvé qu'il y avait le plus de sympathie. Pas de conflit.

Les professionnels au COFOR Marseille doivent être validés par le focus groupe.

A Paris, les personnes en lice sur le projet de lancement d'un COFOR en 2020 étaient sur la question polémique : « Qui va être coordinateur ? ». Voir les plans de carrières sur subventions. Ce projet a achoppé sur ce conflit. Nous n'avons guère pu lancer qu'une émission mensuelle de l'Entonnoir sur Radio Libertaire de vulgarisation du droit des soins psychiatriques sans consentement, ces quelques séminaires deux à quatre fois par an, lesquels sont auto-financés.

Mme Saphir Desvignes. Le modèle COFOR peut-il être décliné avec un hôpital ? Cf. Edouard Toulouse à Marseille. Est-ce antinomique ?

Pour la Dr Aurélie Tinland, c'est antinomique s'il y a dépendance de l'hôpital [voir la dépendance des patients envers leur établissement de secteur]. En marge de l'hôpital peut-être.

Les rivalités conflictuelles ont joué un rôle important à Marseille sur la fonction salariée de coordinatrice.

M. B. D. sur l'échec du projet COFOR Paris. Quand sont en place une dizaine de personnes qui s'investissent en bénévoles, la question du financement devient une question centrale.

Mme A. L. : la gratification ou l'indemnisation des stagiaires, est-ce un modèle exportable ?

La Dr Aurélie Tinland. Nous voulons faire passer cela, cela motive les gens pour y aller.

Ph. M. : une évaluation sur l'impact en termes de diminution des coûts est à produire.

Il est fait état d'un travail de Mme Eve Gardien sur le COFOR de Lille.

Conclusion, de 17h30 à 18 h.

Il faudra prévoir que plusieurs personnes prennent des notes de réunion de sorte de pouvoir établir un compte-rendu.

Rendez-vous dans 2 ou 3 mois pour une prochaine conférence - débat sur la pair-aidance professionnalisée et l'histoire des mouvements de personnes psychiatisées.

Clôture 18h05.
