

# **Collectif alternatif formation**

*Pour le collectif des 39*

27.11.2013

## **AUDITION MISMAP**

\*\*\*\*\*

***Mathieu Bellahsen, psychiatre de secteur, Utopsy***

Nous avons demandé par le biais du collectif des 39 une audition à votre mission parlementaire afin d'aborder les questions qui se posent autour de la formation initiale et continue de l'ensemble des professionnels gravitant dans le champ de la santé mentale, que ce soit les professionnels du soin, de l'accompagnement ou du social. L'enjeu est d'autant plus nécessaire qu'il entrecroise la question des pratiques et de la recherche.

**L'objectif de notre audition ce jour est le suivant : que la psychiatrie de terrain et artisanale, c'est-à-dire celle inventée au quotidien par les acteurs de terrain, trouve une place aux côtés de la santé mentale industrielle avec son cadre normatif et standardisé.**

Rappelons que la psychiatrie est la seule spécialité où les cas complexes et difficiles ne sont pas pris en charge par la psychiatrie universitaire.

**Faire prendre conscience aux politiques que l'ensemble de nos savoirs et de nos pratiques fondés sur l'expérience, le partage, la transmission, la curiosité et la créativité doivent trouver une place officielle dans la politique de formation**

Lors des Assises organisé par le collectif des 39 et les CEMEA qui ont réuni un millier de personnes les 31 mai et 1<sup>er</sup> juin, nous avons pu constater dans les différents ateliers **le décalage qui existait entre les propositions et pratiques des instances officielles et nos réalités de terrain**. Nous est apparu la nécessité de regrouper les lieux, collectifs et associations qui travaillent au quotidien à former et à transmettre un certain accueil, soin et accompagnement pour les personnes avec des difficultés psychiques. Ce regroupement que nous avons appelé « **le collectif alternatif formation** » réunit plus d'une trentaine

d'expériences de formation et de transmission de terrain couvrant de nombreux endroits du territoire. Il est constitué d'une pluralité de générations et de professions : infirmiers, éducateurs, psychologues, assistants sociaux, psychanalystes, médecins. Le partage de l'hétérogénéité de nos expériences nous a permis de mettre en valeur ce qui nous rassemblait et ce qui créé du commun.

Le plan de notre intervention sera le suivant : Patrick Estrade présentera ce qui est commun à toutes ces expériences et en quoi celles-ci sont en avance sur ce qui est rentré dans les formes officielles et canoniques de la formation initiale et continue. En quoi ces différents espaces permettent de répondre à un espace laissé vacant par les différents enseignements.

Dans un second temps, nous nous pencherons sur les méthodes industrielles appliquées en psychiatrie : Recommandations et certifications de la Haute Autorité de Santé, orientations de la Recherche (Thierry Najman). Nous en viendrons à ce qui est désormais imposé au niveau de la formation continu (Dominique Besnard), au premier rang duquel le Développement Professionnel Continu (DPC).

\*\*\*\*\*

### ***Intervention Patrick Estrade, infirmier, Psy-causent***

Nos pratiques des soins autres prennent appui sur des **idées fortes telles que : la liberté d'aller et venir, l'accueil de la folie, le développement de la politique de secteur, le respect de la dignité, de la singularité, la multiplication des espaces de rencontres, l'écoute et l'écho donné à la parole des patients, l'analyse institutionnelle, celle des émotions transférentielles, les références à la Psychothérapie Institutionnelle, à la Psychanalyse ou au Désaliénisme.** Tout cela constitue pour nous un préalable à toutes démarches de soins.

Ceci étant dit des modifications sont intervenues depuis plusieurs années, d'autres plus récemment, toutes discutables. Sur bon nombre d'aspects ultra sensibles les choses se sont agencées de façon inquiétante avec le risque de main mise sur les contenus de formation.

Nous voyons surgir des bas fonds du nouvel asile aseptisé qui se développe sous couvert de modernité, des approches que l'on croyait oubliées : chambres d'isolement, contentions... Des pluies de protocoles tombent sur nos têtes et sur celles des patients une averse de théories de la docilité, du conditionnement. Le tout noyé dans une volonté frénétique d'évaluation sur laquelle est venue se surajouter une politique sécuritaire et illusoire du risque zéro.

Ce constat mêlé à l'absence de réflexion, parfois lourde, nous a conduits à nous interroger pour penser d'autres pratiques soignantes, d'autres alternatives de formations pour essayer de redonner du sens. Nous avons donc imaginé et mis en route à partir de collectifs de soignants, des espaces de réflexions, d'échanges et de transmissions autour de quelques élaborations théoriques qui nous animent.

Cette démarche progressiste favorise souvent le lien entre les services, les différentes équipes et par la même le suivi des patients. Ces réunions au départ de quelques « clandestins » drainent de plus en plus de participants qui ne se complaisent ni dans la plainte, ni dans la déploration. Bien au contraire. Tous sont dans une démarche constructive. Ces initiatives sont souvent issues de soignants d'une même institution. Elles ne se sclérosent pas. Elles s'ouvrent et reçoivent toutes personnes sensibles à notre démarche et qui veulent : se former, débattre, proposer un autre regard non stigmatisant sur les personnes souffrant de pathologies psychiatriques.

La constitution de nombreuses associations, la circulation sur internet des textes de présentation des diverses rencontres, l'annonce dans les médias locaux de nos soirées, la création de sites internet, l'action et les initiatives du Collectif des 39 ont largement contribué à faire connaître nos initiatives et à les élargir. Petit à petit nous avons tous partagés nos soirées avec des soignants d'autres institutions, des étudiants en psychologie, des éducateurs spécialisés, des infirmiers, des associations de familles (UNAFAM), des patients, bref des citoyens... C'est l'un des principes clés de la formation : **la transversalité**.

Nous sommes passés à un réseau interconnecté autour d'un Collectif National Alternatif Formation. Ce dernier a réussi à réunir quelques 40 représentants de tous les Collectifs à Paris le 16 novembre 2013.

Créer un espace de rencontre et du lien entre toutes les personnes sensibles à une psychiatrie humaniste, n'est ce pas la une façon de transmettre ? Ne parle t'on pas de formation ? N'est ce

pas là une forme de recherche ? Une façon de prendre soin ? Une alternative à la formation standardisée ?

Les participants sont en position d'écoute, d'accueil et d'appropriation de cette transmission. Et en aucun cas dans un « gavage » d'un « prêt à penser » qui leur serait imposé. Cette attitude sert dans un deuxième temps à repenser un quotidien. Celui de patients qui subissent en plus de leur aliénation, de multiples contraintes institutionnelles. Ces lieux que nous avons imaginés servent de facilitateur, ils constituent une courroie de transmission.

Les intervenants qui sont sollicités sont toujours dans une démarche généreuse, de partage, de réflexion et de transmission. Pendant les diverses rencontres nous essayons toujours, avec leur aide, de questionner, d'analyser, de nous appuyer sur les émotions transférentielles, de comprendre certains mécanismes pour ensuite accueillir, soutenir et accompagner les patients.

Pour se faire nous avons toujours en tête nos principes : respecter la dignité des patients, leur liberté d'aller et venir, éviter les phénomènes pathologiques secrétés par l'organisation des soins, maintenir une certaine ambiance pour organiser le quotidien à partir de soins relationnels basés sur l'humain. Nous tentons toujours de donner du sens, dans une démarche participative avec les patients tenant compte de leur singularité.

**Il s'agit de proposer et d'imaginer une formation et du soin sur mesure, du travail artisanal en lieu et place d'une production uniforme, d'une logique « industrielle » de la santé mentale.**

En fin de compte nous posons à chacune des différentes rencontres, soirées cliniques ou autres la question de l'accueil que nous devons faire à la différence, à la folie en institution mais également dans la société, dans la cité. Quant aux patients qui assistent et participent à toutes ces initiatives, ils ont la possibilité de s'exprimer, quand ils le souhaitent, sur leur ressenti, leur vécu et leurs attentes. Ils contribuent eux aussi à une démarche citoyenne. Certains nous font partager leur créativité par le biais d'expositions de leurs réalisations (photos, peintures, etc.) et d'autres, animateurs d'émissions de radio FM réalisent parfois des reportages et des interviews des intervenants. Ils le sont parfois eux-mêmes ce qui donne une tout autre dimension à ces soirées. Cette confiance mutuelle et cette écoute partagée en dit long sur un certain état d'esprit. Il est fondé sur la prise en compte et le respect d'une parole. Tous ces

évènements se déroulent, c'est à signaler, dans des lieux singuliers, dans une certaine ambiance...

Si « Résister se conjugue au présent », il en est de même pour créer et transmettre. Il s'agit de favoriser les espaces pluri théoriques. Nous avons besoin un peu partout dans l'hexagone de ces collectifs, de ces espaces pour qu'une réflexion et une recherche soient possibles et que cela ne soit pas délégitimé par l'Etat. Ces lieux, véritables espaces vivants et libres, nous évitent de nous sentir écrasés.

C'est à l'intérieur de ces derniers que nous allons chercher des réponses, des alternatives de formation aux carences préjudiciables qui impactent au quotidien les professionnels et les patients. Il est par ailleurs intéressant de noter que patients, soignants, étudiants, associations de familles et citoyens se retrouvent tous réunis dans des mêmes espaces, ceux que nous proposons et ce sont d'ailleurs les seuls de ce type. Les rencontres ou soirées organisées contribuent à la formation et nous insistons à un travail de recherche.

La clinique du sujet, l'altérité sont au cœur de tous nos dispositifs. C'est sur cette écoute de la parole des patients et sur une lecture de la clinique que nous prenons appui. Cet étayage nous donne la possibilité de construire des démarches et des approches thérapeutiques humaines.

\*\*\*\*\*

### ***Thierry Najman, psychiatre chef de pôle***

Le Développement Professionnel Continu (DPC) est l'outil dont s'est doté récemment la Haute Autorité de Santé (HAS) pour accomplir sa mission d'évaluation des praticiens de santé, et non plus seulement des établissements de santé, comme cela était le cas jusqu'à présent. Jusqu'ici, seuls les établissements étaient évalués. Le débat sur la formation initiale et continue, que nous avons aujourd'hui, ne peut donc faire abstraction de ce qui fonde et légitime la création et le développement de cette logique de "la qualité et de la sécurité" des soins, ainsi que de son organisme officiel, la HAS.

Différents chercheurs en sociologie ont montré que devant la volonté politique de mener certaines réformes, et de mieux allouer certaines dépenses dans l'univers de la santé, autour des années 1980 et 1990, un nouveau paradigme d'action publique a été importé des Etats-Unis ainsi que du Royaume Unis, dans notre pays. Il s'agit du Nouveau Management Public (le NMP), nouveau style dans le mode de gestion des administrations publiques. C'est ainsi que sont progressivement apparus dans les hôpitaux et les établissements médico-sociaux, de nouvelles formes de gouvernance, de nouvelles modalités de financements, les recueils d'information médicalisés, les DIM, la tarification à l'activité (T2A), la VAP, ... et c'est dans le cadre de cette nouvelle façon de gouverner l'hôpital, qu'a été importé de l'industrie vers le domaine de la santé et du social, la démarche qualité et la logique de l'accréditation des établissements et des professionnels. Ainsi l'hôpital a-t-il progressivement trouvé un modèle inédit jusque là dans notre pays : l'hôpital entreprise, dont la loi HPST, constitue le cadre législatif contemporain. Ce nouveau paradigme nous confronte bien entendu à la question de savoir si la logique de l'entreprise privée, et donc de la concurrence, est applicable au domaine du soin, de l'accueil de la souffrance et de la détresse, et si ce modèle est compatible avec le concept de service publique.

Aujourd'hui, un grand nombre de démarches d'accréditations des établissements sanitaires et médico-sociaux nous permet de constater combien les procédures dites "qualité" aboutissent au résultat inverse de celui visé : non seulement, elles dégradent la qualité réelle de l'accueil des patients et du soin, à travers les moyens humains qu'elles kidnappent à leur profit, et le découpage hyper-rationnel, déshumanisant et pseudo scientifique de l'ensemble de nos tâches, mais en plus toute la logique de la certification est à l'origine de dépenses faramineuses qui sont largement contre productives dans la période actuelle.

De nombreux médecins et chirurgiens de toutes les spécialités réagissent face à ce qui ressemble de plus en plus à une erreur, voire à une faute politique. Un des derniers exemple en date est l'intervention récente, à l'académie de médecine, d'un chef de service en chirurgie digestive de l'hôpital Tenon à Paris, qui est allé jusqu'à préconiser la dissolution de la HAS. D'autres spécialistes ont dénoncé non seulement le manque de scientificité et de référence sérieuse de beaucoup des recommandations de la HAS, mais également le manque d'indépendance de ses experts qui sont partie liée avec l'industrie pharmaceutique pour la plupart d'entre eux. Différents scandales sanitaires présents, passés et à venir en constituent

les stigmates malheureux.

Le paradoxe est qu'au fur et à mesure que la qualité de l'accueil et des soins se dégradent dans les hôpitaux, dans les unités d'urgences ou dans les lieux d'hospitalisation à temps complet, au fur et à mesure que les délais d'attente s'allongent un peu partout pour obtenir un rendez-vous de consultation, les pouvoirs publics rajoutent une couche de bureaucratie contre productive. Il n'a jamais été demandé autant qu'aujourd'hui, aux professionnels de terrain, de démontrer "la qualité" de chacun de leurs faits et gestes, à une époque où les moyens de cette qualité rétrécissent en permanence et où les effectifs dans les services s'amenuisent d'année en année. Moins la qualité est présente, plus les professionnels doivent l'évaluer et la démontrer. Les comités d'éthique fleurissent et les dispositifs de contrôle se démultiplient en même temps qu'une éthique purement économique et financière se répand dans les établissements. Simultanément, les directeurs, devenus patrons, ne regardent plus que les budgets, ne tolèrent plus la moindre dette, et ne dirigent qu'en fonction d'indicateurs et de tableaux de bord. La logique de "la qualité" se développe, en même temps que la France recule dans les classements internationaux des différents systèmes de santé. Tout fonctionne comme si les pouvoirs publics étaient atteints de cécité devant ce paradoxe et devant l'imposture que constitue dans leur forme actuelle de nombreuses procédures ou recommandations de la HAS.

Au cœur de cette dérive et de cette lente asphyxie, la psychiatrie semble de moins en moins considérée relativement à ses spécificités. La psychiatrie possède en effet des spécificités importantes qui la démarque et la différencie nettement des autres spécialités. Mais l'ensemble des nouveaux dispositifs sont de plus en plus appliqués à la psychiatrie comme à toutes les autres spécialités, MCO (médecine-chirurgie-obstétrique), faisant fi de sa singularité. Il s'agit par exemple de la seule discipline pour laquelle des hôpitaux de la spécialité existent sur l'ensemble du territoire. Ceux qui connaissent l'histoire de la psychiatrie depuis le second conflit mondiale, savent que les progrès importants en psychiatrie et l'humanisation de cette branche de la médecine se sont opérés concomitamment à une différenciation permanente d'avec les spécialités MCO. Il en est ainsi du développement du secteur de psychiatrie, des lois spécifiques à la psychiatrie, comme de l'élaboration théorique du courant de psychothérapie institutionnelle, c'est à dire de la prise en compte de la dynamique collective articulée à la psychopathologie individuelle. Aucune autre spécialité médicale n'a ressenti avec autant de force, la nécessité de prendre en considération

l'inconscient du personnel soignant comme celui des patients et de ne pas laisser sur le bas côté les mouvements institutionnels et le fonctionnement du groupe pour la bonne marche du soin.

Sauf à démanteler complètement la psychiatrie hospitalière et les structures médico-sociales, la réflexion sur la formation initiale et la formation continue ne peut se délester d'un souci à l'égard de cette spécificité forte. Sauf à laisser dériver la psychiatrie vers une approche industrielle purement biologique et pseudoscientifique déshumanisée, la formation aux différents métiers qui la constitue doit elle-même comporter un certain nombre de spécificités. La formation ne peut resté focalisée sur la perspective d'un savoir officiel, validé, standardisé, idéal. Cette recherche d'une vérité unique et démontrée renvoie à un modèle scientifique qui n'est pas entièrement applicable aux sciences humaines. La pluralité des points vue, la multidisciplinarité et la subjectivité façonnent la psychiatrie. Et l'enseignement en psychiatrie, s'il est vivant, est lui-même bâti autour et à partir de cette singularité. Il faut également souligner que la formation, dans cette optique, est impossible à détacher de la recherche. Formation et recherche fonctionnent de concert. Formation et recherche sont les deux faces d'un même procédé. Les lieux de formation en psychiatrie sont en ce sens de véritables laboratoires de recherche. Or, la recherche implique la possibilité de l'errance voire de l'erreur, la possibilité des impasses comme des chemins de traverse. C'est pourquoi, l'enseignement lui-même doit permettre des approches alternatives à celles ordinairement proposées dans d'autres disciplines.

\*\*\*\*\*

***Dominique Besnard, psychologue clinicien, directeur national des CEMEA***

Le DPC, Développement Professionnel Continu, est désormais la norme de référence de la formation continue des professionnels de santé. Toutes les formations pour qu'elles soient reconnues, validées et prises en charge par les établissements doivent être délivrées par des organismes qui eux-mêmes sont agréés par l'OGDPC qui applique les directives de la HAS. La volonté affichée d'affirmer l'importance de la qualité des formations, du contrôle des

organismes et l'obligation pour les professionnels d'y souscrire comme garantie du développement de leurs compétences, est cependant un argument de façade très critiquable et ce pour plusieurs raisons, dont celle qui n'est pas énoncée mais qui est là première : la main mise de l'Etat via ses institutions, sur les orientations des pratiques professionnelles. La seconde et non la moindre est, par ce dispositif, la mise en place d'un abandon et d'une inversion de l'esprit et de la conception même de la formation permanente, qui depuis 1971 s'appuie sur la démarche volontaire et individuelle de chaque professionnel de parfaire ses connaissances et compléter ses compétences; démarche qui valide l'engagement et la responsabilité personnelle dans l'exercice de son métier. Là, les thématiques et les contenus sont prédéterminés et orientés par les recommandations de la HAS. La logique est descendante, allant jusqu'à influencer fortement dans certains domaines les propositions des organismes et donc leur diversité d'approches. Cette logique participe sans le dire d'une politique d'uniformisation qui sera donc au bout du compte contreproductive. Les intelligences n'ont jamais progressé dans le moins de possibilités et de choix ! Ces choix et cette décision de limiter les axes et contenus des formations sont construits sur un modèle de référence qui est celui de la norme MCO ( Médecine, Chirurgie, Obstétrique ), modèle qui ne peut en aucune façon s'appliquer à la psychiatrie. Les formations sont ainsi pensées par catégorie professionnelle et acquisition de techniques. Il n'est pas prévu la possibilité de formations qui rassemblent des professionnels aux métiers différents, ni envisagé que la notion de l'équipe soit une entité de référence professionnelle, ni imaginé que les contenus se précisent au fil de la formation par les apports réflexifs des stagiaires. Or la spécificité du travail en psychiatrie, justement, est celui du travail d'une équipe pluri-disciplinaire qui associe ses approches et compétences différentes au service des souffrances majeures des patients touchés dans leur intimité de personne et leurs relations aux autres. Ici les formations sont conçues comme des temps d'enseignement, non comme de véritables moments de "transformation personnelle et professionnelle" qui procèdent dans le temps de la formation d'une élaboration collective des réponses qui s'inspirent des points de vue hétérogènes émis par les personnes dans le groupe. Il est demandé par exemple, par avance de pouvoir évaluer les expressions futures des acquis de la formation à l'issue de la dite formation (!); un véritable non sens pour les formations dont les contenus travaillent l'articulation des savoirs et expériences, des techniques et des savoir-être qui ne peuvent se réduire à des protocoles applicables par chacun dans l'abandon de sa singularité de professionnel. C'est mal connaître les souffrances psychiques, la psychose en particulier, les travaux cliniques acquis au fil des décennies qui signifient l'impossibilité d'un accueil de qualité autre que collectif et imaginer

que tout est prévisible et transposable, donc irresponsable. C'est donc une volonté de nier la spécificité de cette médecine particulière qu'est la psychiatrie. Ou une incroyable bévue ! La psychiatrie, depuis le début de sa transformation à la libération, quand il s'est agi de penser la psychiatrie de secteur, a toujours été un lieu d'inventivité des formations permanentes des professionnels et sans discontinuer jusqu'à aujourd'hui. C'est sans doute la branche de la médecine qui a le plus pensé la question de la formation permanente. Le DPC met un frein à cette particularité et nous pouvons même affirmer que c'est un modèle dépassé qui ne sera donc pas appliqué ou sera détourné."

\*\*\*\*\*

### ***Mathieu Bellahsen : conclusions et propositions***

Toutes nos associations et collectifs sont nés d'un manque qui est en lui-même structurel. Il existe une longue tradition en psychiatrie de formations autogérées qui est toujours venue du terrain lui-même. La logique part de la base là où la santé mentale industrielle part du sommet. C'est l'une des seules branches professionnelles où l'on se forme en permanence, la plupart du temps sur son temps libre.

Souvent, il existe un déficit de réflexion et d'échange dans l'analyse des pratiques et dans l'analyse institutionnelle. Il y a la question du savoir mais le plus compliqué, faire que les gens parlent de leur travail.

Elles sont également nées d'une démarche positive qui est sortir de la plainte en créant des lieux conviviaux de rencontre, de transmission, d'échange, de réflexion. Ces espaces permettent après que se mette en mouvement dans le tissu local tout un tas d'initiatives qui n'auraient jamais existé sinon. Une autre dimension est celle d'aller vers l'extérieur : en dehors de l'université, de l'hôpital, des institutions classiques pour que cette ouvertures reviennent créer de l'ouvert dans nos espaces de travail qui ont tendance à se fermer et à se cloisonner. L'une des idées importantes : par l'expérience et les mises en situation qu'on apprend mieux et plus.

Pour prendre l'exemple de l'association Utopsy, fondée initialement par des internes en psychiatrie et constituée maintenant d'une hétérogénéité de professionnels, l'enjeu était de s'approprier une histoire et des pratiques qui n'étaient même plus évoqués dans notre

formation initiale de médecin. De mettre en question le lien qui existe entre la clinique et le politique. On ne peut sérieusement pas penser la clinique quotidienne sans penser le contexte dans lequel évolue la personne, et dans ce contexte il y a la société, les rapports qu'entretiennent les personnes, les groupes, les institutions, entre elles, avec l'Etat, avec le monde etc. Nos soirées sont ouvertes à toutes et tous pour penser ensemble aussi bien l'objet de notre travail que nos outils de travail. Nous nous sommes aperçus que dans les différentes expériences, la question de **la transversalité du partage d'expérience et d'élaboration**, que ce soit entre différentes professions mais aussi, et surtout, entre les professionnels, les citoyens intéressés, les usagers et les familles, était essentielle. Tout cela modifie notre travail et notre rapport aux autres, ce qui présente une efficacité concrète.

Il s'agit maintenant de **décloisonner** dans une perspective où nous pensons ensemble, sur un modèle démocratique, la fonction et les buts des soins psychiques et de l'accompagnement. Créer du **collectif**. C'est également dans cette perspective que se situe le collectif des 39 qui est composé de patients-usagers, de familles, de professionnels, d'intellectuels, d'artistes et de personnes concernées.

Or, c'est précisément cette transversalité, ce partage à partir de l'expérience qui est mis en question dans la réforme de la formation continue. Ici, le DPC entend cloisonner les formations en fonction des compétences qui sont attendues à l'issue de la formation, là où précisément le partage permet de faire émerger de choses auxquelles nous n'avions pas pensé. Il y a une **nécessaire dimension de recherche dans la formation**. Ce qui veut s'imposer avec le DPC va complètement à rebours de cette logique. Quand les formations se font par catégories, il y a un impensé majeur et pourtant qui se passe tous les jours : quand on affronte une situation, on est tous ensemble. Si chacun a à se former dans son coin : création de lignes de fractures et d'opposition. Il y a nécessité de soutenir les partages pluridisciplinaires. Ce qui nous rassemble donc c'est un au-delà des catégories et une certaine façon de s'avancer dans le travail : partir du singulier pour aller vers des modèles théoriques et pas l'inverse, ce qui est le postulat de la santé mentale industrielle. Nous sommes dans un mouvement contraire des protocoles qui, eux, cloisonnent. Ils peuvent également amener à la perte de sens, à l'uniformisation. Si nous continuons sur cette pente, les pratiques peuvent également devenir indignes voire inhumaines.

Il faut donc une force de rappel à la psychiatrie industrielle. Quelque tendance que ce soit, il n'est jamais bon en démocratie qu'un seul et unique modèle s'applique. Christophe Dejours rappelle que le travail commence là où les protocoles échouent. C'est dans cette dimension là

que nous nous plaçons et beaucoup d'entre nous travaillons au quotidien avec de tels protocoles et pouvons en mesurer parfois l'utilité, souvent la limite.

Ce qui importe, c'est de maintenir une réflexion dans la globalité, de la personne, du patient, au côté de la spécialisation toujours plus grande et illusoire des disciplines de notre champ. L'existence humaine et son tragique n'a pas de spécialité mais une universalité. C'est ce que vise nos espaces. Et d'ailleurs, quand nous travaillons avec des personnes au vécu psychotique, il est nécessaire d'être à plusieurs, de pouvoir s'appuyer sur un collectif pour prendre en compte cette souffrance extrême.

Ainsi nous revendiquons une responsabilité dans notre travail, ce qui va à l'encontre de ce qui nous est proposé en termes de déresponsabilisation : toutes les procédures faites pour se couvrir, pour se protéger des risques et des dangers.

Nous parlons à partir d'une certaine réalité, celle de la concrétude des choses. Par exemple, au quotidien il est nécessaire d'avoir un vocabulaire commun dans une équipe pour pouvoir se parler, pour savoir ce qui nous oriente. Cela permet de partager cette responsabilité collective pour pas qu'elle soit cloisonnée. Il est ainsi nécessaire de soutenir la différence, la dispute là où l'on voudrait homogénéiser, de maintenir des espaces transversaux pour travailler la hiérarchie.

### **Fonder une approche de la formation sur la transversalité, le décroisement, la prise d'initiative.**

Rappelons tout de même que l'ensemble de nos expériences sont motivées par le désir de créer et de partager, qu'elles sont faites en dehors du temps de travail de manière bénévole. Les journées de travail et colloques que nous organisons dans nos différents réseaux par le biais de la formation continue répondent à des questions que nous nous posons dans notre travail et, sauf à tuer la pensée, nourrissent la réflexion sans apporter des réponses fermes et définitives. Nous invitons des usagers et des familles à partager leurs expériences à nos côtés. C'est d'ailleurs ce que vous avez pu constater vous-même Monsieur le Député lors de votre venue à nos Assises.

Or le développement professionnel continu qui doit s'appliquer envisage la formation sous l'angle d'acquisition de techniques standardisées et reproductibles. Par ailleurs, nos associations sont indépendantes de l'industrie pharmaceutique ce qui permet d'envisager autrement notre rapport aux thérapeutiques de tout genre.

## **Créer une place pour les artisans de la psychiatrie aux côtés de la santé mentale standardisée**

Il existe donc deux modèles distincts qui doivent pouvoir coexister : d'un côté une psychiatrie industrielle avec ces techniques standardisées appuyées sur une méthodologie d'evidence based medicine. De l'autre, une psychiatrie artisanale qui s'adapte au milieu dans lequel elle se trouve, qui fait du **sur mesure**.

A priori, rien n'a jamais empêché l'artisanat de trouver sa place une fois que l'industrie s'est développée...

Or, dans l'organisation prévue, la psychiatrie industrielle en plus de devenir hégémonique, devient la seule recommandée, accréditée, évaluée. Que ce soit dans les pratiques, les formations et la recherche qui se font avec critères standardisés. Sans compter que cela va coûter beaucoup plus cher : les formations de la psychiatrie industrielle (par exemple les grands congrès de psychiatrie) coûtent cher (prix d'une inscription pour un psychiatre: 400 euros pour le congrès de l'encéphale, 480 pour le congrès français de psychiatrie / contre 120 euros pour la CRIEE, 100 pour les CEMEA...). Pour toutes nos associations, toutes les soirées sont gratuites et ouvertes à toutes et tous !

Quelques exemples de formations promues par la psychiatrie industrielle : le lavage des mains, la sécurité incendie, le tri des déchets, la gestion de la violence. Si nous prenons ce dernier exemple, là où nos associations tentent de penser ce qui produit une situation de violence institutionnelle, d'un patient et/ ou d'une équipe, la psychiatrie industrielle proposera d'apprendre des techniques de contention, de « neutralisation »... Dans cet exemple, on voit bien qu'il y a un parti pris très différent où chacun peut s'y retrouver en fonction de ses besoins et des questions qu'il se pose ou non.

## **CONCLUSION**

En somme, la question est assez simple : de quoi a-t-on besoin pour travailler et pour penser notre travail ? Ainsi, nos propositions sont les suivantes :

Dans nos pratiques nous avons besoin de modèles, de théories mais celles que l'on nous propose on constate dans la pratique qu'elles sont inefficaces. Il faut soutenir l'existence d'une pluralité des théories pour faire le travail que l'on fait. L'autre problème est que les théories de la psychiatrie industrielle sont présentées comme une fin en soi, comme une organisation.

Supporter qu'il y ait de l'inattendu, or aujourd'hui, la construction est inversée, on est dans de l'enseignement et pas de la formation. Maintenir ces espaces c'est aussi d'être dans une démarche active contre les effets de souffrance au travail ! Par ailleurs elles s'inscrivent dans un processus long (opposition à l'immédiateté). Ces **micro associations sont parfois les seuls groupes dans certaines régions sont les seuls lieux de réflexion et d'élaboration des pratiques.**

Dimension de formation et de recherche : il n'y a pas de recherche sans possibilité de se tromper, d'aller vers des chemins qui n'étaient pas envisagés au début de la recherche.

A côté du DPC, il faut laisser une place aux formations proposées par les artisans de la psychiatrie de terrain afin de valoriser les équipes, les professionnels, les familles et les patients qui inventent au quotidien, parfois dans des milieux indifférents voire hostiles. La psychiatrie n'est pas une médecine comme les autres, que ce soit dans sa pratique, son raisonnement, sa démarche diagnostique et thérapeutique, son rôle social ou dans la pensée de la formation

## **Propositions**

- A une offre de soins diversifiée doit répondre une offre de formation plurielle : aux côtés de la santé mentale industrielle, un espace doit être réservé à la psychiatrie de terrain.
- Mettre en place un cadre légal pour la transversalité et l'interprofessionnel en psychiatrie. Par exemple aux côtés du DPC qui serait là pour l'acquisition de compétences, créer une instance (ou se servir de l'ancienne formation continue) sur le travail à partir de l'expérience
- Créer un espace de formation des professionnels hors axes DPC (qui correspondrait à ce qui n'est pas pris en compte par la HAS et qui constitue les réalités de terrain)
- Créer un cadre administratif pour la transversalité (des disciplines notamment les sciences humaines et sociales), l'interprofessionnel et les formations ouvertes à tout le monde.
- Associer les patients et les familles dans cette formation et cette recherche transversales
- Défendre la spécificité de la psychiatrie : pluridisciplinaire avec son ouverture aux étudiants, aux non-professionnels, aux patients et aux familles