



**Fédération Wallonne des Services de Santé Mentale – FéWaSSM ASBL**  
**Siège social : rue du Luxembourg, 15 – 6900 Marche-en-Famenne**  
**Courriel : [fewassm@gmail.com](mailto:fewassm@gmail.com)**

### **PV COMMISSION ETHIQUE ET CLINIQUE 12 MARS 2019**

**Présents** : Coralie Frère, Anne Delgrange, Marie Lambert, Anne-Françoise Lison, Benoît Van Tichelen, Kathy Leblanc, Annick Bodson, Hélène Leclef, Sandra Libert, Marie-Ange Senden, Alain Rozenberg

**Excusés** : Gwenaëlle Lefebvre, Lara Nils

Une série de questions sont posées par Marie Lambert du Cresam afin de poser un cadre dans l'accompagnement du travail de réflexion de la commission sur le thème de l'évaluation.

Il s'agit de saisir comment les SSM peuvent rendre compte de leur travail dans un langage qui n'en dénature pas l'essence mais qui soit intelligible par le pouvoir subsidiant. Quelles seraient les différentes méthodologies ? Comment dégager les grandes lignes à travailler ?

Pour l'instant, deux grands axes se dégagent :

- La question du fonctionnement, le point de vue organisationnel du service,
- et celui qui porte sur la clinique.

La définition des objectifs de l'évaluation et de son objet (sur quoi porte l'évaluation ?) représente un autre domaine de la réflexion. Ce domaine demande à s'intéresser au prescrit légal, au contrôle par le pouvoir subsidiant mais aussi à ce qui rejoint un intérêt en terme d'évaluation de pratique pour les travailleurs.

Le Cresam se positionne dans une notion d'appui méthodologique tout en restant dans une discrétion par rapport aux échanges.

Benoît Van Tichelen rappelle la place des Commissions au moment de la création de la Fewassm. L'idée de ces commissions était à la fois :

- de nourrir le CA et l'AG,
- de nourrir les membres,
- de permettre au CA d'aller demander des avis.

Les commissions se sont inscrites dans l'idée de demande d'avis en vue de faire remonter ceux-ci vers le CA via les deux délégués qui se trouvent dans les commissions. Mais il s'agit d'être aussi attentif à ce dont les membres ont envie de vivre au sein de ces commissions.

**La question de l'objectif du groupe de travail** fait débat sur différents points.

- Des thèmes identiques abordés parallèlement par différents groupes de travail au sein de la Fewassm pose question.
- Des nouveaux logiciels se créent (Topaz) ainsi que de nouveaux « outils » d'évaluation (BelRai). Il serait bon d'éviter que l'évaluation soit l'unique ressort du débat afin de trouver la bonne forme pour intégrer ces logiciels et « outils ». Les réflexions cliniques plus usuelles ne devraient pas passer à l'arrière-plan.
- Des questions concernant les modalités de transmission des débats en commission vers le CA et ensuite vers les « consultations » au cabinet sont posées. In fine, l'utilité du travail réalisé en commission et sa légitimité (s'agit-il d'avis transmis aux politiques ou non ?) au vu de l'actualité politique interroge certains participants de la Commission. La question du traitement du travail sur l'évaluation déjà effectué par la commission éthique et clinique qui avait été placée comme une question incontournable et qui ne pouvait pas être consultative en interpelle plus d'un. D'autres s'attachent davantage à la forme que devrait revêtir ces communications. S'agit-il là de points de vue différents dans l'appréhension des points d'achoppement de l'APD ?

Il est précisé par Benoît Van Tichelen que le travail de la « délégation de la Fewassm qui se rend au cabinet dans les discussions sur l'APD n'est pas une concertation. Le pouvoir politique prend des avis ». Il affirme aussi que l'avis remis par la commission éthique et clinique sur l'évaluation « a été relayé ». A l'heure actuelle, « la Fewassm a la garantie que le contenu de l'évaluation dans l'APD est une page blanche, mais le timing reste le même ».

**Différents autres points d'achoppement de l'APD** sont relevés afin de ne pas réduire les impasses à celle de l'évaluation:

- La question de la place, devoir rencontrer un psychologue ou un psychiatre, change énormément le paradigme ;
- la question de l'évaluation tous les 6 mois ;
- l'encodage et le diagnostic avec le patient ;
- la question du transfert ;
- la tentative de mettre en cause l'orientation analytique au profit des thérapies brèves ainsi que la durée des suivis ;
- les fonctions complémentaires (psycho-motricité, logopédie,...) ;
- l'accueil des enfants dans le cadre défini par l'APD ;
- l'ouverture au « tout-venant » est mise à mal ;
- Il existe une disparité entre la demande de standardisation inscrite dans le décret et certains patients reçus en SSM qui par essence sont « hors normes ».
- ...

Cette série de points montrent une incompréhension profonde du travail effectué en SSM.

Il en découle que dans la forme actuelle, l'APD nous place dans un paradigme absolument différent au niveau du travail en SSM.

Les positions quant à l'APD sont divergentes. Certains pensent qu'il est préférable de s'en arranger et de savoir comment continuer à se donner la possibilité de travailler avec celui-ci en subvertissant le système. D'autres préfèrent relever les points indépassables et essayer de les faire entendre au niveau du cabinet tout en indiquant que la question de la clinique est éminemment liée au politique.

La question se pose, pour le Cresam, de rendre visible et lisible ce qui est déjà fait en matière d'**évaluation**. Une personne du Cresam vient de finir l'encodage de tous les PSSM. Quant à l'évaluation de la clinique, ce sont des choses qui n'ont jamais été travaillées. Il s'agirait de savoir ce que les SSM mettent derrière l'évaluation de la clinique.

A nouveau, plusieurs points de vue sont formulés :

- L'avis du Conseil supérieur de la santé, de 2016 est évoqué. La question de l'efficacité, un guide des bonnes pratiques – des principes et des standards de qualité. Certains sont à l'aise avec une évaluation périodique mais dont la modalité ne serait pas définie par le pouvoir subsidiant.
- Soyons attentifs à ne pas se limiter à l'aspect quantitatif.
- Pour rendre compte d'un travail clinique, il ne s'agit pas de se limiter à la seule évaluation. Ce serait particulièrement réducteur de l'inventivité mise en œuvre dans les arcanes du travail clinique prises dans le transfert.
- Il serait prudent de ne pas perdre de vue que les demandes d'évaluation ont, selon toute vraisemblance, une visée de réduire la temporalité des suivis, de maîtriser les entrées et les sorties en SSM.
- Même si l'on peut envisager de prendre certaines précautions dans les modalités d'évaluation avec le patient, le fait même de proposer une évaluation tous les 6 mois, ne serait pas sans retentissement sur le transfert. Celle-ci pourrait générer de multiples questionnements chez le patient dont, notamment, celle de sa légitimité à venir consulter au SSM,....
- L'évaluation risque de se réduire à une image et ne pas prendre en compte la dimension du processus à l'oeuvre.
- Dans l'évaluation, il y a la dimension du temps qui est présente et de ce qu'il y aura lieu de justifier auprès du pouvoir subsidiant.
- L'évaluation mériterait de prendre en compte les différents temps par lesquels passent la demande : l'analyse de la demande en réunion, l'accueil, la discussion qui suit l'accueil, toutes les discussions cliniques entre collègues,...
- L'évaluation, c'est aussi quelque chose qui serait de l'ordre de tenir le fil avec le patient même si, vu de l'extérieur, il ne semble pas s'être passé grand-chose. Il y a une série de personnes qui consultent en SSM et qui ne seraient plus accueillies nulle part ailleurs.
- L'évaluation du travail apparaît, un moment donné, comme l'évaluation du professionnel et ne représente pas la manière la plus heureuse d'amener le celui-ci à s'interroger sur sa pratique.
- Il existe une dérive dans le souhait d'évaluer une pratique qui se déroule dans l'intime d'une relation.
- L'évaluation de l'enfant touche à un impossible.

- La question de l'opportunité de la standardisation de l'évaluation se pose également.
- Il est complexe de définir des indicateurs afin de déterminer des critères d'évaluation : par exemple, le symptôme qui préside au démarrage d'un suivi thérapeutique peut s'atténuer alors qu'un autre symptôme apparaît.
- La question se pose de savoir si la notion de passage à l'acte serait un indicateur valide, mais peut-être pour certains patients seulement.
- Les indicateurs qui pourraient servir dans les modalités d'évaluation dépendent de l'orientation de travail, de la fonction du professionnel et du patient.
- Idée de changer le mot « bilan » par « faire le point ».

Dans l'APD, quand il est mentionné que c'est le gouvernement qui définira les modalités du bilan :

- Pour certains, le gouvernement se limitera à définir le cadre ;
- Pour d'autres, la définition des modalités du bilan ira bien au-delà en regard de ce qui se trouve déjà dans l'APD et qui dépasse, pour beaucoup de points, la simple définition du cadre de travail.

Plusieurs pistes de travail sont formulées :

- L'idée de partir de situations cliniques, au cas par cas.
- Y a-t-il dans le contexte de l'auto-évaluation une méthodologie d'extraction ?
- Celle de ramener des indicateurs qui pourraient être applicables à tous ou mettre en lumière ce qui est déjà fait en termes d'évaluation.

En conclusion, on va tout d'abord travailler sur ce qui se fait déjà dans les SSM et qui participe à l'évaluation.

Les prochaines commissions se dérouleront le jeudi 25 avril, le lundi 20 mai et le mardi 11 juin 2019.