



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

PROCES VERBAL PROVISOIRE DE LA COMMISSION Ethique & Clinique 25-04-19

Présents : Nicolas DAUBY, Catherine DEDRICHE, Anne DELGRANGE, Sarah FRANCOIS, Marie LAMBERT, Cathy LEBLANC, Hélène LECLEF, Gwenaëlle LEFEBVRE, Laurence LICOUR, Anne-Françoise LISON, Frédéric Xavier MULKENS, Lara NILS, Murielle NORRO, Alain ROZENBERG, Frédéric TORNABENE, Gaëtane WAGNEUR

Excusés : Chloé DELMOTTE, Sandra LIBERT

Rédaction du PV : Murielle Norro

1. Approbation du PV du 12 mars 2019

PV approuvé moyennant ces modifications :

- Ajoutée Lara NILS dans les personnes excusées ;
- p.3, §1 « en subvertissant le système » ;
- p.3, §3 « La personne du CréSam vient de finir l’encodage de tous les PSSM ».

2. Mandat de la Commission E&C

Il est souligné qu’il y a un grand nombre de DA dans la FéWaSSM. Or la gestion et la clinique/le travail de terrain sont deux choses différentes.

Il est rappelé qu’au départ, l’objectif de cette Commission était de travailler sur la spécificité et la temporalité du travail clinique en SSM. Suite au contexte politique et à l’APD, la question de l’évaluation s’est posée et un mandat fût donné à la Commission Ethique & Clinique par le CA de la FéWaSSM. Il nous a demandé de travailler la question de l’évaluation. Suite à quoi, nous avons produit un texte. Ce texte représente un avis consultatif, et non un avis décisionnel. Cette question se travaille aussi dans d’autres lieux, comme le GT DT & Psychiatres.

Certains membres de la Commission souhaitent accueillir un plus grand nombre de cliniciens. Les médecins, les thérapeutes, les psychiatres sont les bienvenus dans cette Commission-ci. Sont-ils convoqués ici? La newsletter communique là-dessus. Il est rappelé que les Commissions sont ouvertes à tous. Lorsque le GT DT & Psychiatres s’est constitué, c’était en réponse à l’APD et à l’urgence liée à l’actualité de l’époque. Le GT DT & Psychiatres est

demandeur de continuer à travailler. Il a été décidé lors de sa dernière réunion du 22 mars 2019 de le relancer via un doodle. Les participants doivent réfléchir aux thèmes qu'ils souhaitent aborder. Il faut faire le lien avec le GT DT & Psychiatres ainsi qu'avec les autres Commissions afin de ne pas travailler par morceaux. Maintenant qu'il y a une coordinatrice, on espère qu'il y aura des liens, qu'on ne travaillera plus par morceaux.

Quel est l'objectif de cette Commission ? Cf. les objectifs de départ. Et la question posée de l'évaluation ici renvoie au cadre posé par le mandat du CA FéWaSSM, à l'APD, à la CIM (Conférence Inter Ministérielle), à l'AVIQ (mission de recueil des données). La commande (actuelle) du CA faite à cette Commission est de travailler l'évaluation. Reprenons les objectifs CE&C et prenons en compte l'investissement/l'intérêt des participants.

3. Retour sur les deux autres Commissions : sur quoi travaillent-elles maintenant ?

Les autres Commissions ont aussi travaillé dans l'urgence tout un temps. Maintenant qu'il y a un peu de temps, elles se penchent sur la suite APD (qui est gelé).

CAF : La Commission Administrative & Financière a eu une réunion extraordinaire où elle s'est penchée sur la fonction de DA (Directeur Administratif) car les tâches et la définition de ce rôle varient, et ce n'est pas assez défini dans l'APD. Un questionnaire va être construit afin de récolter une série d'informations auprès de vos SSM. L'objectif est d'établir une définition de profil au plus près des réalités de chacun.

CS&P : La Commission Stratégique et Politique tente de formaliser les moyens de Communication interne et externe de la FéWaSSM (l'existant, ce qu'il y a à renforcer et à créer, ex. le site internet) et s'est mise au travail autour de l'élaboration d'un organigramme de la FéWaSSM.

4. Débats : Clinique & Terrain VS Gestion

Question : Y a-t-il un endroit dans la FéWaSSM pour les professionnels qui ne sont que cliniciens ? Cette question est soulignée comme un enjeu : Comment la clinique peut-elle être entendue et quelle place a-t-elle dans la FéWaSSM ? Cette question de la place de la clinique paraît centrale à certains car il s'agit de « notre pratique ». Cette pratique n'est pas au service de la gestion. La gestion est importante aussi mais les deux ne se recouvrent pas. Comment faire la place aux deux ?

Il y a des quotas dans la FéWaSSM. Il faudrait un quota avec les cliniciens, et non pas uniquement pour les DA.

Il n'y a pas que la pratique clinique, il y a le travail social de terrain, la pratique de terrain. Il ne faut pas cliver les choses à ce niveau.

5. La question de l'évaluation : évaluation thérapeutique et évaluation du fonctionnement

Il est rappelé la démarche entreprise dans la Commission et le travail dans l'urgence. Ici, on nous a demandé de travailler la question de l'évaluation ; ce qui renvoie au thérapeutique et au fonctionnement du service. Il existe beaucoup de modalités d'évaluation.

Présentation par le CréSam : Le Crésam ne va jamais évaluer un SSM mais il proposera un accompagnement aux SSM qui souhaitent évaluer leur fonctionnement. Le CréSam a soumis une demande de subvention pour l'analyse des données. Un groupe à l'AVIQ va se mettre en place sur cette question (GT transversal : IHP, MSP, etc.). Et un groupe « TOPAZ » se met également en place (ce qui touche aussi à cette question).

Réaction : Si l'on reprend la question de l'évaluation du point de vue épistémologique, c'est une demande un peu folle, mais on est pris dedans. Avant, on était soupçonneux dès qu'on était un clinicien et qu'on parlait d'évaluation. On souhaite repenser la question de l'évaluation. On vous invite à lire ce livre qu'on propose de retravailler au sein de ce GT : « *La Folie Evaluation. Les fabriques De La Servitude* ». Alain Abelhauser, Marie-Jean Sauret, Roland Gori. Dans la lignée de Michel Foucault.

Se pose aussi la question des conséquences de l'évaluation sur la thérapie : la durée du traitement. On n'a pas de modus opérandi pour savoir quand arrive l'effet thérapeutique. Actuellement, la question de l'évaluation, ce n'est pas se demander si les patients vont mieux mais ce qui compte, ce sont les chiffres. C'est « la culture de l'évaluation ».

A cet égard, il est fait mention d'un feed-back des hôpitaux sur cette question : tout est (devenu) minuté. Les hôpitaux s'occupent moins de l'ambulatoire. Il y a une évolution des pratiques. La question renvoie aussi à la façon dont on définit l'ambulatoire.

Il est souligné un problème concernant la « continuité des soins ». La continuité des soins implique une transmission des informations d'un prestataire de soin à un autre. Ce qui n'est pas non plus sans poser question.

Un point essentiel pour Psytoyens est la continuité des soins. Mais Psytoyens souligne qu'il existe une réticence chez les professionnels. Selon Psytoyens, le problème pour les patients, c'est de devoir répéter trop souvent leur histoire car ils se confrontent à un nombre trop élevé de praticiens différents (ou un turn-over ?) alors qu'ils n'ont pas envie de reparler sans arrêt de leur histoire.

Questions : Est-ce que la continuité de soins concerne la continuité des actes ou des ressources psychiques données aux patients et praticiens ? Est-ce que la continuité des soins n'est pas aussi mise à mal par la hiérarchie interne à l'hôpital ? Par exemple, si le médecin décide que tel patient sort demain, l'infirmier ou l'AS n'a rien à dire, même s'il n'y a pas de temps pour préparer la sortie du patient. Une méthodologie serait à mettre en place : dès son entrée, préparer la sortie du patient. Cf. catamnèse & parcours de soins.

Cela pose une autre question : Combien de SSM ont des listes d'attentes ? Nous ne disposons d'aucun chiffre objectif, d'aucune enquête (AVIQ, etc.). Pourrait-on demander à la FéWaSSM de réaliser une enquête sur cette question ? Sur l'accessibilité ? Sur les modalités d'accueil de la demande ? Ne pourrait-on pas rédiger un questionnaire et le soumettre au CA de la FéWaSSM ? On pourrait réaliser des statistiques afin d'avoir une vue d'ensemble sur les SSM, sur évolution des thématiques, de l'accueil, pour faire évoluer notre travail clinique, notre offre, etc. Le fait de réaliser des statistiques sur le nombre de demandes de prise en charge annuelles, le nombre de réorientations, etc. pourrait nous aider à réfléchir à nos pratiques. En même temps, si on réalise des statistiques à la grosse louche, ces chiffres ne nous disent rien

(par ex. s'ils sont réorientés, c'est par manque de place ? parcequ'on ne sait pas y répondre ? etc.)

Le Professeur Laurent souligne qu'il y a un problème de moyens. Discuter ne sert à rien, sauf autour d'un idéal. L'ensemble du budget des SSM équivaut au budget d'un hôpital psychiatrique moyen (150 lits). En même temps, on ne peut pas chiffrer car les SSM permettent l'évitement de l'hospitalisation.

L'évitement de l'hospitalisation serait un indicateur d'efficacité thérapeutique ? Cet indicateur est commun à tous ? Un réseau soutenant se met en place, on favorise le maintien des liens sociaux, la reprise du travail, etc.

Sur quoi travaille t'on ici ? Sur une liste d'indicateurs communs à tous ou sur le cadre mis en place par les services qui garantit (processus/dispositifs) le processus réflexif/d'évaluation clinique ?

Le Crésam réalise un état des lieux sur tout ce qui existe sur la question de l'évaluation. Il analyse le PSSM (Sarah a encodé l'ensemble des PSSM). On peut relever tout ce qui touche à l'évaluation clinique dans les PSSM.

Les critères évaluatifs ne sont pas posés au départ de la construction du PSSM. Mais il y a des portions du PSSM qui, de manière inhérente, relèvent de l'évaluation clinique (référentiels théoriques, perception des attentes des usagers, valeurs défendues par le centre) ; ce qui permet de dégager toutes une série de moments et de pratiques liés à l'évaluation.

Dans le parcours d'une demande qui est adressée à un SSM, on peut observer trois moments évaluatifs. Ces moments évaluatifs montrent que l'évaluation s'ancre dans une démarche réflexive. Les moments :

- Temps 1 : La réception de la demande. Comment cette demande va-t-elle être traitée ? C'est le moment de l'analyse de la demande et le fait de définir si le SSM est la structure la plus appropriée pour y répondre ou autre structure ? Analyse au sein de l'équipe pluridisciplinaire : qui est le plus à même de répondre ? On considère aussi la question du temps, de la disponibilité du praticien, du temps de pluridisciplinarité, etc. Cela renvoie à toute une réflexion sur le style de prise en charge.
- Temps 2 : le processus, l'évolution de la prise en charge thérapeutique ;
- Temps 3 : la fin de prise en charge.

Lors du temps 1, le secrétariat, l'AS sont souvent importants. On observe les différents chemins que suivent une demande selon les modalités de chaque service (AS, secrétariat, duo, définition d'une personne référente, etc).

Une fois la demande prise en charge, on arrive au temps 2 : clarification de la demande avec le patient, processus de prise en charge & « évolution » du suivi. Discussion en équipe pluridisciplinaire. « Evaluer l'évolution ». Le décours du suivi : quels sont les éléments que vous mettez en œuvre pour évaluer le processus ?

On peut se positionner en arguant que si cette personne ne venait pas, elle serait plus mal. Cf. le débat antérieur contre l'intrusion de l'évaluation externe. Nos formations définissent notre démarche, le processus thérapeutique et notre formation continue.

Concernant l'évaluation, la ministre nous dit qu'on doit rassembler les usagers 1 fois tous les 2 ans. Louer un stade ? Impossible. En outre, nos usagers viennent singulièrement en thérapie, et n'ont pas particulièrement envie de se retrouver en collectif. Se pose aussi la question de la confidentialité.

Suite à quoi, différents éléments sont évoqués :

- Remettre la brochure avec le fonctionnement du service, prix, etc. (ce qui est d'ailleurs une obligation du décret).
- Les questions sur le fonctionnement sont parfois des leviers dans la thérapie.
- Boîte à suggestion dans chaque SSM. Réunion communautaire où est discuté ce qui est mis dans la boîte de suggestion.
- On doit assumer la fonction d'agent de liaison, même si on n'a pas de subside.
- Aidants Proches = Le patient est au centre du réseau de soins qu'il créé.

Concernant l'évaluation thérapeutique, il y a deux choses : Une évaluation de nous comme professionnel et une évaluation du « mieux-être » de nos usagers (« est-ce que les gens vont mieux ? »). Il existe un grand nombre d'études sur cette question. L'objectif est de quantifier le symbolique ? Evaluer pose des questions éthiques dont la première est de dire « qui suis-je moi pour dire si un patient va mieux ? » ? Telle relation est thérapeutique (confiance, transfert) car cela fonctionne parce qu'elle l'est. On peut aussi ouvrir la réflexion : « Comment évaluer si nos usagers vont mieux, avec nos usagers ? ». Présent parmi nous, on a un représentant des usagers (ASBL Psytoyens¹). On pourrait co-construire les modalités de cette évaluation ensemble.

Qu'est-ce qui fait sens pour l'utilisateur ? Que signifie pour l'utilisateur d'évaluer ce qui leur fait du bien (« le mieux être ») ? L'accueil y participe ? L'accessibilité des services lors de la prise de RDV ? La sécurité de la relation ? Le temps est important (l'heure d'entretien continue hors cabinet). Qu'est-ce qui est important pour les usagers ? Psytoyens : la continuité des soins. Quand une pathologie est avérée, le combat, dans tout parcours de soin, est de trouver un interlocuteur/une personne de référence. Du point de vue des professionnels, la fonction de liaison est endossée par des professionnels uniquement (agent de liaison or souvent, c'est le thérapeute). Or du point de vue des patients, cet interlocuteur, cette liaison peut renvoyer à d'autres points d'ancrage (entre eux ou après la rencontre/thérapie avec le thérapeute - continuité des soins). Interlocuteur ? Référence ? Relai ? Garant ? Parrainage ? Triologue ? Institutionnel ou coordinateur de soins ? Etc.

Cet espace-ci est un espace pour en discuter. L'évaluation n'a pas de sens (Cf. livre cité plus haut). C'est la question de la satisfaction psychique chez le patient qui a du sens. Qu'est-ce qui fait qu'il y a un remaniement psychique chez la personne ? Quelle est votre satisfaction si vous restez ? Le patient veut pouvoir évaluer où il en est durant le processus. Qu'est-ce qui se passe, derrière cette porte, qui fonctionne ? Cela fonctionne aussi par ce que c'est derrière la porte. Qu'est-ce qui fait qu'on participe à un échange qui va vers un mieux-être chez le patient (lorsqu'il décide à prendre « son/ce médicament ») ? Nous avons des expériences subjectives autour de cette rencontre. Nous souhaitons travailler cette question avec les usagers afin de co-construire autour de cette question.

¹ PSYTOYENS est une ASBL qui est une fédération d'associations d'utilisateurs en santé mentale.

Remarque : Les professionnels sont professionnels et ont aussi utilisés les services de la santé mentale. En tant qu'utilisateur (que nous sommes aussi), certains d'entre nous n'avons pas envie que notre dossier soit mis en ligne. Et nous avons aussi peur que la parole soit confisquée par autrui.

Nous devons construire au maximum les modalités de rencontre autour de cet espace. Comment fait-on afin que cette rencontre entre les 2 pôles soit la plus constructive ? Relation de personne à personne et évaluation du service : les usagers veulent évaluer. Programmation de 2 rencontres avec Psytoyens. Frédéric va faire un retour à Psytoyens afin de trouver 2 moments pour réfléchir ensemble sur l'évaluation (« rencontre face à face » + « fonctionnement du service »). Pas avant septembre. Soit un lundi, soit mardi, soit jeudi.

Prochaines rencontres : 20/5, 11/06, 12/09, 14/10, 12/11 et 12/12.

Le Crésam va envoyer une synthèse de son analyse du PSSM et on continue la présentation lors de la prochaine réunion (finir la présentation des moments + aborder la question de l'évaluation du fonctionnement).