



FéWaSSM A.S.B.L.

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 DE LA COMMISSION Ethique & Clinique 20-05-19

Présents : Nicolas DAUBY, Sarah FRANCOIS, Bernadette HUBERLANT, Marie LAMBERT, Katty LEBLANC, Gwenaëlle LEFEBVRE, Anne-Françoise LISON, Xavier MULKENS, Lara NILS, Murielle NORRO, Frédéric TORNABENE, Gaëtane WAGNEUR, Benoit VAN TICHELEN

Excusés : Annick BODSON, Hélène LECLEF, Alain ROZENBERG, Isabelle SCHONNE, Véronique VINCART

Rédaction du PV : Murielle Norro

1. Approbation du PV du 25 avril 2019

Le PV est approuvé moyennant certaines modifications

Discussion autour du PV :

- Il est demandé de définir son objectif : tenir le fil, rendre compte de la dynamique du groupe mais sans trop détailler. Question d'équilibre.
- Après son approbation et l'intégration des modifications, le PV provisoire devient le PV définitif.
- Décision : envoyer les PV de la Commission à toute personne qui a participé au moins une fois à une réunion de la Commission.

2. Présentation de la question de l'évaluation dans l'analyse des PSSM par le CréSam (suite)

On travaille à partir du document de synthèse réalisé par le CréSam « Evaluation clinique. Analyse des PSSM 2017. Document de travail ». Ce document est la dernière version actuelle. Il est provisoire. C'est un document de travail. 1/3 des PSSM est déjà analysé. Pour rappel, l'analyse des PSSM est abordée ici sous l'angle de la question de l'évaluation clinique. On tente de dégager l'ensemble des éléments qui renvoient à la démarche réflexive d'évaluation. Ce travail d'analyse sert également à identifier ce qui se trouve dans le PSSM et ce qui ne s'y retrouve pas. Un des objectifs de la Commission Ethique & Clinique pourrait être, à partir de ce document, de réfléchir à ce qui pourrait être davantage reflété dans le PSSM concernant l'évaluation.

Par rapport à cette analyse, dans le cadre des missions de la FéWaSSM, n'y aurait-il pas lieu de retirer les enseignements et diffuser ce travail d'analyse des PSSM auprès des autres SSM ?

2.1 Moments évaluatifs

Il y a trois moments dans l'analyse du parcours d'une demande :

1. La réception de la demande initiale.
2. Le décours de la prise en charge.
3. La fin de la prise en charge.

2.1.1 La réception de la demande initiale. Lecture du premier moment (p.1-2).

Commentaires :

- On ne parle pas de publics prioritaires et de réorientation lorsque la personne peut avoir accès à un cabinet privé. Cela fait déjà partie de la pratique de réorientation en SSM. Cela n'apparaît pourtant pas forcément de manière explicite dans les PSSM. Les publics prioritaires sont, soit ceux qui sont en difficulté financière, soit ceux qui nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire. L'APD définit des publics prioritaires alors que nos pratiques en tiennent déjà compte.

- « Tout le territoire doit être couvert » (dixit Décret). La couverture de la population par un SSM est aussi liée à son ancrage territorial. Dans certains cas, c'est chacun son territoire, selon le domicile des usagers. Cela pose la question de la liberté des soins et de l'accessibilité ouverte à tous. Il faut avoir un point d'attention particulier sur ce moment de la réception de la demande car il y a une diversité de pratiques et une série de critères dont les PSSM ne rendent pas toujours compte. Chaque SSM a défini divers critères de réception de la demande. Les orientations se font différemment d'un SSM à l'autre. La réception de la demande renvoie à diverses pratiques : réception et première analyse lors du coup de téléphone, ou par un AS, par une secrétaire, par un petit groupe pluridisciplinaire ou en réunion d'équipe pluridisciplinaire. Ouverture d'un dossier : uniquement si la personne est prise en charge, c'est-à-dire qu'il n'y aura pas d'ouverture de dossier si la personne est réorientée. Un SSM a créé une nouvelle catégorie « dossier ouvert » dans son PSSM, a inclus un code de prestation « analyse de la demande », va ouvrir un dossier « Patient réorienté par secrétaire ou AS » et/ou aura créé comptabiliser les demandes réorientées.

2.1.2. Le décours de la prise en charge. Lecture du second moment (p.2) :

Commentaires :

- Par rapport à nos pratiques, cette description est très éclairante, surtout en ce qui concerne le rythme et la complémentarité des prises en charge. Par exemple, lors d'une prise en charge autour de l'enfant : il va être orienté vers la logo après avoir vu le psychologue. C'est aussi le cas en ce qui concerne les ré-orientations vers l'assistant social pour ce qui relève des questions sociales et administratives. Ou une réorientation vers le psychiatre, etc. Il y a plusieurs niveaux à la réorientation.

- Psytoyens demande qu'il y ait un bilan de la prise en charge : un bilan sur l'ensemble de ce qui a été discuté ; un moment où on fait le point sur tout ce qu'il s'est passé ; un bilan de ce qu'on a fait, dit, et comment va la personne ; faire le point sur « là où on en est » ; réaliser un

récapitulatif de tout ce qui a été mis en place. De son point de vue, il y a une évaluation au fil des séances mais rarement un bilan. Réaliser un bilan, même lorsque la personne s'en va pour x ou x raisons.

- En SSM, on fait le point régulièrement. Il y a différents niveaux à l'évaluation dans la relation clinique (diversité d'épaisseurs). Lorsqu'un suivi se clôture, cela se prépare, on en parle, c'est là que se fait le bilan. Lorsqu'il y a rupture thérapeutique, on recherche le contact, on envoie un courrier pour comprendre et pour inciter à revenir pour faire le point. La personne est libre de revenir ou non. Parfois, cette personne va revenir x temps après.

- Une part supplémentaire d'évaluation souhaitée par Psytoyens : faire le point avec le psychologue, avec une partie de l'entourage pour s'assurer que le patient ne reste pas seul, qu'il y existe bel & bien un réseau autour de l'utilisateur afin que le soutien reste continu.

- A différencier : le face à face patient-thérapeute, plusieurs intervenants du SSM, l'équipe pluridisciplinaire du SSM, les intervenants de plusieurs institutions, le réseau psycho-social. L'évaluation ne sera pas la même selon les situations.

- §4 : « Une part importante » : le plus important, c'est l'analyse du processus. Évaluer le processus des rencontres et ce qui s'est joué (ce qui n'est pas dans le PSSM).

Débats :

- Deux choses sont en tension : d'une part, l'analyse des PSSM (PSSM qui a été élaboré par l'administration) qui nous fait aborder ce qu'il aborde, et qui rentre en tension avec l'évaluation de la pratique clinique, tout ce qui est opérant dans la rencontre, d'autre part. D'où ces questions : va-t-on plus loin sur ces éléments cliniques ? Veut-on les compléter ? Si oui, pour qui, comment, dans quel but ?

- Pour communiquer sur l'évaluation pratique clinique, nous nous appuyons sur le PSSM qui analyse certains éléments de notre pratique. Suite à cette analyse, et nos échanges, nous pourrions rendre compte de nos questions par rapport à nos pratiques.

Nous pourrions produire deux documents : d'une part, l'analyse des PSSM réalisée par le CRéSaM, et d'autre part, un document rendant compte de notre pratique, sur base des réflexions de la Commission autour de cette analyse des PSSM. .

- Comment évaluons-nous nos pratiques ? Que nous dit le PSSM sur nos pratiques ? Dans ce cas, l'objectif est de croiser nos attentes/critères d'évaluation avec les attentes des inspecteur·rice·s. C'est un volet. Le PSSM renvoie à une relation d'évaluation avec la Région. Notre Commission Clinique quant à elle pose la question suivante : « qu'est-ce qui fait soin dans la rencontre avec le patient ? ». Et cette question, nous souhaitons l'élaborer, la co-construire avec Psytoyens.

- Le PSSM est dans une logique administrative, comme si on pouvait réduire notre pratique ou notre espace thérapeutique. Il y a un truc qui échappe, qu'on ne maîtrise pas, qui est contraire à une logique de maîtrise absolue. Comment peut-on tolérer/supporter nos lignes de fuite qu'on a besoin comme humain, praticien, dans la relation thérapeutique ?

- La position de Psytoyens est de demander que le patient et thérapeute se mettent d'accord sur une vision commune « sur ce qui est attendu » ? Cela supposerait que le patient sait ce qu'il veut et que le thérapeute sache ce que le patient veut. Cependant, on ne peut pas soumettre la santé à un contrat commercial, avec une définition d'un objet de soin. Ce faisant, on contraindrait et fermerait la rencontre. Au lieu de protéger, cela peut empêcher.

- La Commission nous permet de ne plus réfléchir chacun dans notre coin. On ne se fait pas comprendre ? On n'est pas au même diapason. Peut-on réduire cet écart ? Se mettre au diapason, ce serait un objectif ? Ou un idéal inatteignable ?

- Question à Psytoyens : il y a trop de suivi ou pas assez de diapason ?
- Psytoyens : Il y a trop de rencontres où « cela ne se passe pas ».
- « On ne se rencontre pas assez », c'est ce qui inquiète Psytoyens ?
- On peut se questionner sur ce qui inquiète le patient, ce qui ne l'inquiète pas ? idem pour le thérapeute. Qu'est-ce qui rassure l'un et l'autre ?
- Pour Psytoyens, ce qui fait peur, c'est le flou. Or le flou, ce n'est pas ce qui nous échappe. Le flou est-il angoissant ? Quelle est notre capacité de vivre avec nos incertitudes ? Si on verbalise tout cela, est-ce qu'on ne fait pas disparaître le potentiel effet ?

2.1.3. La fin de la prise en charge. Lecture du troisième moment (p.2-3)

Commentaires :

- D'un point de vue théorique, le point lié aux DT doit être questionné au regard de l'écart entre ses missions et les heures dévolues à cette fonction. D'un point de vue pratique, cela ne se passe pas souvent comme cela. Cela pose la question du temps et de leur formation (dynamique d'équipe, dynamique collective). Certains n'endossent pas cette fonction de direction d'équipe. D'autres assument cette fonction comme le décrit le document mais l'insuffisance d'heures est un obstacle. Cela dépend du style, de la formation, etc. Certains DA disent s'occuper de « tout ce que le DT ne fait pas ». Cela dépend aussi de cette rencontre entre deux directeurs.

2.2 Poursuite d'amélioration continue de la pratique : lecture p.3

Commentaires :

- En termes de formation, souvent ce sont les employés qui les payent ou l'employeur intervient via une participation limitée alors que ces formations rapportent au SSM en termes de qualification professionnelle. Sur cette question, on observe également une diversité de pratiques. Ce ne sera pas la même chose, par ex., si l'employé dépend d'un hôpital ou d'une petite asbl qui, elle, court déjà derrière l'argent pour payer ses factures et le bâtiment. C'est une exigence qui n'est pas soutenue par un budget. Cette question par rapport aux moyens de formation en externe est importante.

- L'amélioration continue de la pratique ne s'organise pas qu'en externe, elle s'organise aussi en interne.

- Parallèlement, l'AVIQ nous demande d'organiser la supervision des travailleurs ONE sans réciprocité budgétaire. C'est un travail précieux. Mais il n'y a pas d'offre de prix pour AVIQ car ce serait une double subvention. On rebondit sur les arguments de subsides : Pour la qualité, il faut que les SSM soient mieux subventionnés. La loi sur la Qualité des soins a été publiée au moniteur belge. On est contraint tout en étant mis dans une situation de précarité.

2.3 Attente des usagers : lecture p.4

Commentaires :

- Concernant les dispositifs communautaires, les SSM organisent des groupes de parole. Les groupes de parole viennent de la Clinique. Ce sont des groupes fermés avec un nombre défini de séances. Dans ces groupes, il y a des temps d'évaluation en groupe (et un retour aux parents si groupe d'enfants). La question de l'évaluation se pose autrement dans un groupe thérapeutique.

2.4 Conclusion : lecture p.4-5

A la lecture de ce document de travail, y-a-t-il des éléments qui semblent manquer ? Y-a-t-il d'autres aspects qui ne sont pas évoqués ?

Commentaires/Réflexions :

- Les recherches en neurosciences explosent : Comment les SSM s'emparent-ils de l'avancée de ces connaissances ? Si la direction et/ou l'orientation d'un SSM ne favorise pas l'approche des neurosciences, vous n'aurez pas de soutien financier pour suivre une formation (et vice-versa). Cela dépend des personnes (direction). Quels sont les repères par rapport à cela ? Que vont devenir les SSM ? Quelle sera la pratique de demain ?
- Il serait intéressant de faire un état des lieux des référentiels en SSM. Les organisations indépendantes choisissent par elles-mêmes leurs orientations (>< une orientation décidée par le centre, une « orientation de centre »).
- Il serait intéressant de réaliser une cartographie/typologie des SSM identifiant les : les PO, les référentiels, la taille des équipes, ... Questions : Comment cela serait utilisé ? A destination de qui ? Que sera-t-il fait de cette information ? Il y a des orientations plus proches des logiques administratives et des normes scientifiques établies qui colleront donc plus aux discours et/ou attentes ambiantes et/ou dominantes.

3. Décisions sur les orientations/tâches de la Commission pour les prochaines réunions :

- Partir de ce travail réalisé sur les PSSM pour produire un compte rendu sur l'évaluation de nos pratiques.
- Co-construire autour de la question de l'évaluation avec Psytoyens
- Travailler sur la question de l'évaluation à partir de la lecture du livre « Folie. Evaluation ».
- Réfléchir à : « Comment rallier le GT DT à cette Commission » afin de ne pas fonctionner comme avant que la FéWaSSM ne soit créée.

4. Dates des deux réunions de travail avec Psytoyens

- Le CA de Psytoyens a marqué son accord pour travailler la question de l'évaluation sous l'angle du fonctionnement du service et de la prise en charge avec la Commission. Sur cette question, Psytoyens a une série de recommandations.
- Pour Psytoyens, ce n'est pas possible de se réunir avant la semaine de la santé mentale qui se déroule du 7 au 13 octobre. Première date de réunion de co-construction autour de cette question : le 12/11.

5. Agenda

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