



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 PROVISOIRE DE LA COMMISSION Ethique & Clinique 11-06-19

Présents : Pascale BEUMIER, Annick BODSON, Dominique DAMS, Nicolas DAUBY, Maud DURET, Sarah FRANCOIS, Marie LAMBERT, Katty LEBLANC, Hélène LECLEF, Gwenaëlle LEFEBVRE, Cédric MARTINEZ, Lara NILS, Murielle NORRO, Véronique VINCART

Excusés : Catherine DEDRICHE, Bernardette HUBERLANT, Anne-Françoise LISON, Xavier MULKENS, Alain ROZENBERG, Benoit VAN TICHELEN

Rédaction du PV : Murielle Norro

1. Approbation du PV du 20-05-2019

Le PV est approuvé moyennant une suppression p.4 (« Besoin de supervision ONE... ») et une modification p.5 (l'accès à la formation autour des avancées des neurosciences dépend de la direction et de l'orientation du SSM).

2. Rappel relatif au contexte et aux objectifs de la Commission

Vu la participation de nouvelles personnes, Gwenaëlle rappelle le contexte et les objectifs poursuivis par cette Commission.

Historique :

C'est en septembre 2017 que la Commission s'est réunie pour la première fois. L'objectif était de travailler sur les spécificités et la temporalité du travail clinique. Cet objectif fût bousculé par la sortie du rapport KCE. Suite à la demande du professeur Lorent, un travail autour de ce rapport fût réalisé en Commission. Ensuite, lorsque l'Avant-Projet de Décret fût rédigé et diffusé auprès de la Fédération, l'article sur l'évaluation (tous les 6 mois) posa question. Le CA mandata la Commission pour travailler sur cette question. Un argumentaire fût rédigé.

La question de l'évaluation touche l'évaluation du fonctionnement des services et l'évaluation du travail clinique. Concernant l'évaluation du fonctionnement des services, des GT transversaux organisés par l'AVIQ se penchent sur cet aspect. La Commission s'est alors recentrée sur l'évaluation des pratiques cliniques des SSM.

Documents :

Sur cette question, il y a l'argumentaire. Il y a aussi la note de synthèse (provisoire) du CRéSaM relative à l'évaluation des PSSM qui se base actuellement sur l'analyse d'un tiers des PSSM. Cette analyse souligne divers éléments par rapport auxquels la Commission a émis divers commentaires. Cette analyse met en évidence que les SSM évaluent les prises en charge cliniques à différents moments. Lors de cette réunion, la Commission a souligné la diversité des pratiques en SSM, notamment en ce

qui concerne l'analyse de la demande, ainsi que l'existence de certains manques pour en rendre compte dans le canevas du PSSM. Par rapport à ce travail d'analyse des PSSM, il y a une réflexion qui a été amorcée autour de certains éléments et qui serait à poursuivre. Continue-t-on ?

Démarche :

Il faut distinguer deux choses dans l'analyse de l'évaluation : la forme et le fond (documents, articles, etc). La Commission doit se décider sur la démarche, le « Comment procéder » ? ⇒ Se mettre d'accord sur la démarche, la méthodologie, ce que la Commission veut produire, diffuser, et se donner des échéances.

Représentativité :

Est-ce que les Commissions sont représentatives du secteur ? Comment être le plus représentatif possible ? Comment diffuser les informations de bas en haut, de haut en bas ? Les Commissions sont soutenues par le CA, mais comment rendre compte du travail mené par la Commission aux membres de la FéWaSSM et comment intégrer leurs remarques/points de vue ? La question de la représentativité n'est pas si évidente.

La Commission est ouverte à tous et il y a les intermédiaires, les relais¹. Lorsque la Commission aura produit un document, elle pourrait le diffuser afin de recueillir les réactions des services. Ensuite, la Commission revient sur ces réactions/commentaires. Après les deux rencontres prévues avec Psytoyens, la Commission pourrait produire un texte qui intègre également ces enseignements-là.

Démarche : Production de documents et diffusion

- Concernant la note de synthèse du CRéSaM : Le CRéSaM rappelle que c'est un document provisoire de travail (il n'analyse qu'un tiers des PSSM) qui n'est pas à transmettre tel quel. Le Crésam pense pouvoir finir son analyse pour la fin du mois de juin et nous diffuser la version définitive. La Commission décide de produire un commentaire à partir du document final du CréSaM.
- Concernant le document que la Commission va produire : La prochaine réunion de la Commission est en septembre. A partir du document final du CRéSaM, la Commission retravaille les réactions et rédigera un commentaire. Ce travail du CRéSaM et le document de la Commission autour de cette analyse doivent, par la suite, être diffusés auprès de la FéWaSSM (CA puis à l'ensemble des membres). Ensuite, la Commission intégrera les commentaires des SSM. Dans le texte qu'elle va produire et soumettre aux services, la Commission va inclure les rencontres avec Psytoyens. Remarques : (1) Comment intégrer le point de vue des usagers ? Puisqu'il nous est demandé de « recueillir le point de vue des usagers ». Psytoyens ne représente qu'un point de vue parmi l'ensemble des usagers en SM. Question : Comment donner une place et recueillir la parole des autres usagers ? (2) Comment avoir un langage commun ?
- La Commission va également rédiger un document qui résume les démarches entreprises, dont les échanges avec le CRéSaM et avec Psytoyens : une synthèse concernant la démarche entreprise, par rapport aux différents textes traités et nos réactions/commentaires, et la démarche de co-construction avec Psytoyens.
- Qui porte cette diffusion ? La Commission rend compte de l'évolution du travail et de sa démarche auprès du CA qui marque son aval. Proposition : Envoyer la synthèse (document VF) du CréSaM à tous les membres ainsi que le commentaire de la Commission et les inviter à y réagir lors d'une prochaine réunion en Commission. Ceux qui ne savent pas venir mais qui auront travaillé en équipe sur le document pourront envoyer leurs commentaires par mail.

¹ Ceux qui participent à la Commission diffusent les informations auprès des membres de leur équipe et recueillent leurs réactions.

- Concernant l'argumentaire : La Commission recontextualise son travail vis-à-vis du texte. Elle a été mandatée par le CA pour développer un argumentaire face à cet article de l'APD. Cet article décrit des modalités très précises concernant l'évaluation. Selon certains, cet article montre clairement la volonté du Gouvernement de vérifier/contrôler l'efficacité des SSM. Il fût donc l'objet de débats en Commission. C'est lors de cette réunion qu'un participant a pris des notes et a rédigé le texte actuel de l'argumentaire. Par la suite, il l'a mis en ligne en le signant de son nom. Ce texte a donc été revendiqué à titre personnel mais il y a un PV de la Commission sur la question. Il est vrai que ce texte a été discuté en Commission après sa production et il y eût un relatif accord, mais pas sur le fait de le diffuser tel quel. Les participants soulignent que les réflexions se sont croisées dans l'espace public vu les appartenances multiples. Cette question a été débattue dans d'autres lieux dans le cadre d'un questionnement plus large qui tournait autour de l'impact des réformes sur les pratiques, sur les codes de déontologie, sur les métiers, etc. Ces réformes vont modifier les métiers. Tous ces changements questionnent les praticiens. Le CA va se pencher sur cet argumentaire le 16 juillet. Comment la Commission se positionne par rapport à ce texte ?

Cet article de l'APD introduit la question de l'évaluation tous les 6 mois comme s'il n'y avait pas d'évaluation or :

- le travail du CRéSaM montre l'inverse ;
- personne n'est certain que cet article va être maintenu par le prochain Gouvernement ;
- Il pose cette question : « Comment on évalue ? » Reprenons le texte dans cette optique.

Une autre chose, c'est d'évaluer la qualité des soins avec les usagers (Qu'est-ce qu'un soin ?). Par rapport à cette question, le politique nous demande de réaliser des évaluations communes avec les patients. C'est la question plus large de l'évaluation du travail clinique qui est importante. A nous de montrer comment on évalue. Et d'identifier les autres domaines où l'on réalise également des évaluations. Quels sont les domaines sur lesquels portent nos évaluations ? le travail clinique, le travail d'équipe, le fonctionnement du service, l'évaluation liée à l'inspection, etc. A nous d'identifier tous les différents types d'évaluation afin d'en rendre compte.

3. Argumentaire « l'inadéquation de l'article sur le bilan semestriel dans l'APD SSM Wallons et réactions »

Les participants de la Commission décident de changer l'Ordre du Jour afin de :

- relire l'argumentaire,
- se positionner par rapport à lui,
- et soumettre un document de travail à la réunion du CA prévue le 16 juillet .

La lecture « Folie. Evaluation... » est donc post-posée. Nous relisons ensemble l'argumentaire et posons des questions ou émettons des commentaires.

3.1 Lecture de l'introduction

Lecture :

Dans le texte de refonte du décret des SSM Wallons, proposé par le cabinet de la ministre Gréoli, en décembre 2018, il est question d'introduire une évaluation du travail thérapeutique. Voici l'article en question : « S'il est pris en charge, chaque usager est invité à faire le point avec son thérapeute au moins tous les six mois dans le cadre d'un bilan évaluant les modalités et l'effet de la prise en charge en fonction de la mission décrite à l'article 540, § 1er. Si le bilan est considéré comme négatif par l'usager ou le thérapeute, un changement dans la prise en charge ou une orientation sont envisagés en concertation avec l'usager. Le gouvernement définit les modalités de ce bilan. ».

Pour les raisons qui vont être développées, il paraît indispensable que cet article subisse une modification. Ces raisons sont cliniques, touchent au respect et à la liberté des patients et des thérapeutes, et posent des

questions légales. Au cours et la fin de cet argumentaire, nous proposerons des pistes permettant d'éviter les écueils constatés.

Commentaires :

- Question : « Pour les raisons qui vont être développées, il paraît indispensable que cet article subisse une modification » ou qu'il soit supprimé dans l'attente d'une élaboration plus adéquate ?
- Est-ce que la question de l'évaluation est une nouvelle question introduite par l'APD ou cette question était-elle déjà présente dans le décret ?
- Est-ce que Psytoyens serait d'accord qu'on demande la suppression de cet article sur l'évaluation ? Psytoyens n'est pas demandeur d'une suppression.
- Concernant la phrase « *chaque usager est invité (...)* », les participants de la Commission se demandent ce que signifie exactement le terme « est invité » ? Obligation ou information ? Selon Psytoyens, s'il n'est pas proposé aux patients de réaliser un bilan, les patients n'osent pas le demander par eux-mêmes. Est-ce que ce terme a une base légale ? Ce terme ne fait-il pas reposer quelque chose sur les épaules de l'utilisateur ? « C'est de la responsabilité du patient » ? Il faut mettre en évidence la liberté du patient.
- Cet article pose doublement question pour ces motifs : (1) C'est le Gouvernement qui définit les modalités, ce qui est une entrave à la spontanéité du patient. (2) La temporalité « *tous les 6 mois* » est abstraite ou arbitraire, notamment du fait que les patients ne suivent pas une thérapie selon une même temporalité de séances.

Lecture des arguments

1. Lecture de l'argument 1 : « Entrave à la liberté du patient »

Lecture :

La mesure force le patient à participer systématiquement à l'évaluation (pour tout patient – au moins tous les 6 mois). Le respect de la liberté du patient devrait amener à mentionner que le patient a la possibilité de demander cette évaluation. Nous supposons que le cabinet souhaite tenir compte de la liberté de choix du patient. Certains patients ne sont pas dans une demande d'évaluation parce qu'ils viennent en SSM pour une demande thérapeutique. Pourquoi ne pas respecter leur liberté de choisir et les laisser en dehors des procédures administratives s'ils n'en veulent pas ?

Solution : que le patient soit informé qu'il peut faire la demande d'une évaluation s'il le désire et non qu'on l'oblige à la faire.

Commentaires :

- Ne pas distinguer la démarche thérapeutique de la démarche d'évaluation car la démarche clinique inclut une évaluation.

2. Lecture de l'argument 2 : « Discrimination pour les personnes financièrement défavorisées »

Lecture :

*Pour qu'un patient puisse avoir droit à une thérapie sans interruption de la relation « au moins tous les 6 mois », il devra aller consulter en privé. Or, vu le prix des consultations (à partir de 40€), il est clair que les patients défavorisés ne pourront supporter ces coûts. La mesure est donc discriminatoire pour les patients ayant peu de revenus. Pour rappel : une des raisons de la création des SSM était de permettre aux personnes ayant peu de moyens, de **bénéficier des mêmes soins qu'en cabinet privé**.*

Commentaires :

- Une participante n'est pas à l'aise avec cet argument car rédigé de la sorte, il risque de sous-entendre qu'il n'y a pas d'évaluation dans le privé, comme si le privé faisait autrement. Cet argument lui semble un peu protectionniste.

Par contre, ce qu'il faut souligner, c'est la menace de voir apparaître deux circuits de soins en parallèle : le circuit privé et le circuit public. On observe un accroissement des normes. Ces normes s'immiscent dans le contenu thérapeutique au risque de le vider de son contenu. A terme, étant soumis à moins de normes, le circuit privé pourrait garantir une meilleure qualité de soins. Le risque, à terme, c'est de voir émerger des circuits de soins à deux vitesses.

- Un autre risque est identifié du côté du patient : la complaisance du discours. C'est le risque d'adapter son discours à ce qui est (supposé) attendu pour s'assurer de la continuité de la prise en charge.

3. Lecture de l'argument 3 : « Entrave à la liberté thérapeutique et absence d'étayage scientifique fondant la mesure »

Lecture :

Le décret garantit la liberté thérapeutique des travailleurs en SSM. Il exige que ces travailleurs aient terminé une formation spécifique sanctionnée par un diplôme reconnu par l'état (psychiatre, AS, psychologue, fonctions complémentaires). En imposant cette exigence, le gouvernement reconnaît implicitement que les méthodes de travail, de type relationnel, enseignées pour l'obtention de ces diplômes correspondent au travail à effectuer en SSM.

*Pourtant aucune des méthodologies enseignées n'impose une évaluation obligatoire « au moins tous les 6 mois ». Au contraire, elles vont toutes dans le sens du respect du rythme du patient. En imposant **une rupture dans la continuité thérapeutique par l'imposition d'un bilan**, c'est-à-dire en interférant dans la manière dont nous manions la relation thérapeutique, le gouvernement nous empêche d'utiliser les méthodes que, par ailleurs, il exige.*

*D'une part, cet article crée une **contradiction interne dans le décret** et d'autre part, en empêchant d'utiliser les méthodes relationnelles auxquelles les professionnels ont été formés, il **porte atteinte à la liberté thérapeutique** de ces derniers.*

Dans la suite de ce qui précède, nous constatons que le cabinet n'a produit aucune base scientifique permettant d'interférer, sans dénaturer, le décours d'une méthode psychothérapeutique² reconnue par le Conseil Supérieur d'Hygiène en 2005 : systémique, psychanalyse, TCC, thérapies expérientielles/centrées sur le client. Il est donc impossible d'en rompre le processus sans risquer d'en entraver le résultat.

*Rappelons aussi ce que dit le code de déontologie des psychologues : Art. 28. Le fait pour un psychologue d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à toute entreprise privée ou **organisme public** ne modifie pas ses devoirs professionnels et en particulier les obligations concernant le secret professionnel et **l'indépendance du choix des méthodes et de ses décisions**.*

***Solution** : rappeler, dans le décret, que chaque professionnel est tenu d'évaluer son travail en fonction des modalités et temporalités qui lui ont été enseignées au cours de sa/ses formation/s.*

Commentaires :

- Les participants marquent leur accord avec l'argument développé.
- Il est souligné ceci : du côté du patient, le patient est « invité à » et du côté du thérapeute, le thérapeute « est obligé à ».

4. Lecture de l'argument 4 : « Atteinte à l'accès aux soins de qualité reconnus par l'Etat et risque de nuire »

Lecture :

Si le patient rencontre un clinicien qui ne peut appliquer ses méthodes thérapeutiques parce que le cours en est rompu, le patient ne bénéficiera pas des soins que lui promet le décret.

De plus, ne pouvant avoir la liberté d'appliquer la méthode dans laquelle il s'inscrit, le thérapeute se trouve dans une incohérence épistémologique.

² Nous parlons ici spécifiquement de psychothérapie, en comparaison avec les pratiques professionnelles des fonctions de base et complémentaires.

Il importe donc que, pour le bien du patient, le thérapeute puisse continuer à utiliser ses méthodes sans être interrompu par une procédure administrative. Et que thérapie et administration soient deux zones séparées qui ne se court-circuitent pas.

Commentaires :

- Les participants marquent leur accord avec l'argument.
- Les modalités de l'évaluation sont inscrites dans le PSSM de chaque centre, ce n'est pas au Gouvernement de les définir. Ces modalités ne peuvent être imposées de l'extérieur.

5. Lecture de l'argument 5 : « Absence de discrimination dans la patientèle en imposant une temporalité unique d'évaluation »

Lecture :

Comment demander l'avis sur la thérapie à : des enfants en bas-âge (qui sont parfois le symptôme d'un malaise parental – on ne peut donc demander l'avis aux parents) ? A des personnes dont le problème est justement l'incapacité à s'exprimer verbalement ? Dans le cadre de suivis sous contrainte ? De patients n'ayant que peu de capacité d'introspection ou de repérage des affects qui les traversent ? A des patients mélancoliques ? A des patients délirants ? A des patients dans une nécessaire phase d'opposition au thérapeute (= nécessité de s'affirmer contre l'autre pour s'autonomiser ; le processus, banal dans le développement des enfants, se retrouve dans beaucoup de phases thérapeutiques, aussi avec des adultes) ? Etc, etc.

De plus, le patient étant engagé affectivement dans la thérapie, il lui est souvent difficile d'avoir un avis neutre et externe sur processus dans lequel il est engagé. A l'inverse du thérapeute dont c'est le métier d'objectiver la relation.

*Si l'on ne tient pas compte de ces réalités cliniques, **on ne fera qu'évaluer la satisfaction du patient, pas la réalité du changement psychique.***

Or, notre travail consiste à provoquer un changement psychique profond, pas un état superficiel de bien-être.

Débat/Commentaires :

- « Si l'on ne tient pas compte de ces réalités cliniques, on ne fera qu'évaluer la satisfaction du patient, pas la réalité du changement psychique » : cette phrase ne risque-t-elle pas d'être comprise sous un aspect un peu méprisant ?
- Ce qu'on souligne, c'est le risque de la complaisance du discours (dire que tout va bien ou que tout va mal).
- Il faut distinguer la « satisfaction » du patient et en quoi « le soin est opérant ». La satisfaction n'est pas égale au soin opérant.
- Psytoyens demande une évaluation de la satisfaction. Doit-on demander aux patients si le processus est satisfaisant ?
- La satisfaction du patient ou du thérapeute ? Il nous faut sortir de la dualité. Ce qui est envisageable lorsqu'on met en place un processus qui implique une analyse de la demande et qu'on pose des objectifs.
- L'évaluation porte-t-elle sur la satisfaction du patient ou sur la création d'un cadre qui ait du sens pour le patient et le thérapeute ? L'évaluation du patient ne devrait-elle pas porter sur le service et le cadre et non sur le fond ? Tout dépend de ce qu'on évalue. Il y a le processus (qui présente différentes étapes, parsemé par des phases de défense ou d'effondrement par exemple) et ce qu'on évalue. Il y a l'évaluation de la satisfaction du patient et l'évaluation du processus.
- La dualité est du côté du thérapeute et du côté patient. Pour en sortir, on pourrait évaluer ce qui est commun.
- Qu'est-ce qui fait que le patient vient ? On pourrait envisager de définir un contrat de départ qui serait fixé par les deux parties. Mais ne rentre-t-on pas, dans ce cas, dans une forme de contractualisation de la santé ? Il faut laisser la liberté au processus thérapeutique, on ne peut

pas le formaliser. Cela relève de l'appréciation du professionnel (cf. revenir sur sa discipline, et ses méthodes propres).

- Les patients ne viennent pas en thérapie aux mêmes rythmes. Si on questionne la satisfaction du patient, la temporalité unique ne tient pas compte du processus différent d'un patient à l'autre (nombre de séances, temporalité du remaniement psychique).
- Il y a la singularité du patient, celle du processus et celle du cadre. Evaluer à un rythme d'évaluation fixé à tous les 6 mois ne tient pas compte de la singularité du patient, du cadre, du processus.
- En creux, on observe que ce type d'évaluation repose sur un présupposé qui nie quelque chose du sujet et/ou du processus thérapeutique (il y a des étapes et des rythmes différents).
- Par rapport à différents types de patients, on peut aussi mettre en évidence les écueils de ce type d'évaluation (les enfants ou les usagers contraints de suivre une thérapie - cf. l'aide sous contrainte, la conditionnalité de l'aide, etc. - voir supra).

Proposition de modifier la phrase du titre par celui-ci : « **Non prise en compte de la singularité du patient** » ; ce qui souligne la non prise en compte du processus thérapeutique dans lequel est pris le patient.

6. Lecture de l'argument 6 : « Absence de discrimination des méthodes en imposant un rythme d'évaluation unique »

Lecture :

Erreur méthodologique et scientifique : il n'y a aucune étude avancée qui montre que cette procédure d'évaluation avec l'avis du patient soit pertinente au niveau scientifique et donc qu'elle soit efficace. On ne sait si cette manière de procéder va donner lieu à des résultats qui ne seront pas biaisés. Chaque courant thérapeutique doit être évalué selon des méthodes qui sont en correspondance avec les approches et techniques mises en place.

En lien avec cela, le code de déontologie des psychologues ne permet pas d'utiliser une méthode non reconnue. Il lui sera donc interdit de participer au bilan tel que formulé dans le décret.

Art. 32. Le psychologue exerce la profession dans les limites de ses compétences, il ne procède pas à des interventions pour lesquelles il n'est pas spécifiquement qualifié. Il le fait dans le cadre des théories et des méthodes reconnues par la communauté scientifique des psychologues, en tenant compte des critiques et de l'évolution de celles-ci.

Commentaires :

- Les réformes nous mettent aussi dans un lien paradoxal face aux différentes réglementations et nous obligent à arbitrer.
- Ne risque-t-on pas d'assister un changement (glissement) de paradigme ? Comme les médecins, les thérapeutes sont « soumis à » une obligation de moyens et non pas à une obligation de résultats.

7. Lecture de l'argument 7 : « Les résultats du bilan devront rester méconnus des services d'inspection des SSM »

Lecture :

Si cet article figure inchangé dans le futur décret, il conviendra de rappeler que la relation patient-thérapeute est protégée par le secret professionnel : il n'est donc pas possible que les résultats de l'évaluation soient consultables par d'autres, sauf s'ils le sont dans le cadre du secret professionnel partagé.

Or, nous ne sommes pas dans le cadre de ce dernier avec les inspecteurs des SSM³. Le pouvoir subsidiant n'aura donc pas le droit de connaître les résultats du bilan.

³ Pour être dans le cadre du secret partagé, il faut que plusieurs conditions soient remplies : poursuivre la même mission (la Région Wallonne est dans une mission de contrôle et nous dans une mission thérapeutique), ne partager qu'avec des personnes soumises au secret professionnel, obtenir l'assentiment de la personne concernée, partager uniquement des informations nécessaires et utiles.

Rappelons que le code de déontologie des psychologues dit :

- Art. 5. Le psychologue dépositaire, par état ou par profession, des secrets qu'on lui confie, est tenu au secret professionnel conformément à l'article 458 du Code pénal. Le psychologue est, à tout moment, tenu à une obligation de discrétion, et ce même si l'activité exercée par le psychologue n'entre pas dans la catégorie des activités qui le contraignent au secret professionnel. Il préserve la vie privée de toute personne en assurant la confidentialité de son intervention y compris lorsqu'il est amené à transmettre des éléments de celle-ci. Le respect scrupuleux du secret professionnel est l'aspect minimum de cette obligation.

- Déjà cité plus haut : Art. 28. Le fait pour un psychologue d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à toute entreprise privée ou organisme public ne modifie pas ses devoirs professionnels et en particulier les obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance du choix des méthodes et de ses décisions. Il fait état du présent code de déontologie dans l'établissement de ses contrats et s'y réfère dans ses liens professionnels.

Se mettre en place d'évaluer avec le patient est une position de savoir qui peut nuire à la place qu'on laisse pour que le patient développe son propre savoir sur sa souffrance.

3.3 Décisions

1) Proposition de modification de l'article de l'APD :

Voici la proposition de modification de l'article telle que la Commission l'avait déjà exprimé lors des réunions du 20 décembre 2018 et du 21 janvier 2019 : « **Chaque travailleur évalue régulièrement avec l'utilisateur l'avancement du processus thérapeutique en phase avec la temporalité et les préoccupations de celui-ci. Les modalités d'évaluation sont définies dans les PSSM** ».

Cette modification a été soutenue par Psytoyen lors de ces réunions.

Les motifs qui sous-tendent cette proposition de modification de cet article sont les suivants : l'article, tel qu'il est écrit, est en contradiction avec le code de déontologie des Psychologues en ce qu'il ne respecte pas le secret professionnel ni la liberté thérapeutique, d'une part et d'autre part, il induit une confusion entre l'évaluation de la satisfaction de l'utilisateur et l'évaluation de la qualité du processus thérapeutique.

2) Décisions concernant la suite de notre démarche

- Les 7 arguments (cf. titres) représentent les risques identifiés par la Commission Ethique & Clinique. La Commission décide de retravailler le texte en listant ces risques au départ de l'argumentaire et en développant un argumentaire global par la suite (dont certains aspects renvoient à l'un ou l'autre titre, à plusieurs titres, à l'ensemble des titres, selon). Les risques/menaces qui provoquent les réticences de la Commission sont à mettre en évidence dans l'argumentaire :

- le risque d'adaptation du patient, de compliance ;
- le risque de provoquer des sentiments d'abandon des patients ;
- le risque d'entraver le processus de fond (cf. article « Folie. Evaluation ») ;
- le risque de diminution de la temporalité de la prise en charge qui est contraire au travail thérapeutique et à ce qui se passe sur le terrain vu qu'on est amené à réaliser un travail de plus en plus long.

- La coordinatrice se charge de rédiger un premier document provisoire de travail (« document martyr ») qui reprend l'article de l'APD, la proposition de modification, les arguments/risques/réticences (titres) et un argumentaire plus général. Ensuite, elle soumet ce texte provisoire à la Commission. Les membres de la Commission le fait aboutir en y travaillant ensemble (co-construction) par « aller-retour » entre eux avant le CA du 16 juillet.

- Quand le CRéSaM finalise sa synthèse, il l'envoie à la Commission. La Commission recueille les réactions de ses membres lors de la prochaine séance.

- La Commission doit rédiger un texte qui contextualise la démarche qu'elle a entreprise. Lara y consacra du temps en août.

3) Agenda :

- Il y a encore deux réunions avant la première rencontre avec Psytoyens :
 - une réunion sera consacrée à l'argumentaire, la contextualisation et au document finalisé du CRéSaM (Après, on rédigera notre texte relatif aux commentaires de la Commission autour de cette synthèse, que la Commission enverra à l'ensemble des SSM-membres pour recueillir leurs remarques/commentaires afin de les intégrer. A n'envoyer que lorsque le document de contextualisation de la Commission est rédigé).
 - Une réunion sera consacrée à la préparation des deux réunions avec Psytoyens.
- Ensuite, il y a les deux réunions de « co-construction » autour de la question de l'évaluation avec Psytoyens.
- En janvier, on recueille le feedback des services SM par rapport à la note de la Commission sur la question de l'évaluation (contextualisation du travail par rapport à l'article de l'APD) et la note reprenant les réactions de la Commission autour de la synthèse du CréSam.
- Par la suite, la Commission se mettra au travail autour du livre « Folie. Evaluation ».

Prochaines rencontres : 12/09, 14/10, 12/11 (Co-construction avec Psytoyens) et 12/12