

PV commission éthique et clinique du 12/06/2018

Approbation du PV du 28/05/2018.

Représentation de la Commission au CA. Y a-t-il un candidat ? Pas de dédommagement financier aux institutions qui envoient quelqu'un au CA. La Féwassm a demandé un budget à l'Aviq mais n'a pas encore reçu de réponse. Pas plus d'un représentant d'un même PO au CA.

Objectif de la commission dans le cadre du travail de révision du décret: Penser les temporalités du travail clinique en SSM

Ne pas perdre de vue l'actualité politique : KCE, remboursement de 4 séances de psy, programme court pour retour au travail rapide en cas de burnout, installation du BelRAI dans les années à venir. Le BelRAI est un logiciel qui dresse un profil du bénéficiaire, indique le traitement à suivre et évalue le coût du traitement. La suite BelRai pourrait également permettre d'évaluer les services et de faire des comparaisons entre eux. L'outil pourrait également calculer les budgets pour les secteurs de soin. Maître-mots : temps, argent, temporalité. Cet outil sera implémenté dans tout le champ de la santé mentale. Quand ?

Nous partons, comme cadre de départ, du texte proposé par Annick Bodson (Emplois du temps en clinique infantile de Rémi Sainte-Rose) dont elle nous lit un résumé. Débat à partir de ce texte.

Repérer la manière dont le temps est vécu par les enfants que nous recevons. Prendre du temps pour s'accorder à ce qu'ils nous présentent, du temps pour réfléchir aux situations et prendre le temps à bras-le-corps + temps de celui qui nous amène l'enfant. Télescopage entre ces différents temps.

Transposable à la clinique adulte : comment la personne vit-elle sa temporalité ?

Le temps doit se structurer. Le temps difficilement structuré, pas suffisamment harmonieux, vient mettre une pression. Contenance du temps : le laisser se déployer.

Cfr Dany-Robert Dufour : prématuration de l'enfant (la néoténie). Chez l'animal, le temps est programmé. Chez l'homme, c'est plus complexe.

On est influencé par la subjectivité contemporaine, le rythme qui s'accélère. La temporalité actuelle a-t-elle un rapport avec le travail clinique ?

Accueillir, ça demande du temps. Venir au centre est différent de venir chez quelqu'un. Le temps se mesure pour chaque patient. J'ai désappris ce qu'on m'avait appris : une séance par semaine. Continuer à avancer à leur rythme, respecter leur temps à eux. Accordage, être au plus près de ce dont le patient a besoin et non de ce dont j'ai besoin pour travailler correctement. Comme accompagnant, comment je m'arrange de ce dont le patient me propose.

Pour les enfants, offrir un rythme est intéressant à garder pour que quelque-chose se construise.

Déstructuration temporelle = notre population.

Le réseau est de plus en plus contraint temporellement. Cela justifie notre position d'accueil de cette population.

Imposer une temporalité = postulat qu'on peut activer les gens comme le gouvernement promeut l'activation des chômeurs. Paradigme de l'état social actif = activer les gens.

Il y a là un renversement du transfert, dire que c'est l'autre social qui sait. Le supposé savoir est une fiction qui permet la rencontre. Les patients seront mal à l'aise si on sait quelque-chose de ce qui leur arrive. Si on ne les investit pas un minimum, ils risquent de ne pas revenir. Quelque-chose peut se remobiliser dans la psychopathologie du temps. On peut se retrouver dans des discours, des postions paradoxales. Dans certains

SSM, les lignes directrices par rapport à la temporalité ne sont pas si souples. Personnes dans l'errance : ces personnes-là, qui ne sont pas inscrites dans une histoire, qui sont dans le présent, n'arrivent pas à s'inscrire dans des projets, dans une histoire. Ils bougent mais n'avancent pas.

Qu'est-ce qu'on attend de nous ?

Rendre compte à nos autorités de ce besoin de temps pour nos patients, pour se trouver une structure.

Comment mettre en évidence le bénéfice sociétal de notre travail ? Réduire les hospitalisations par exemple. Chiffrer cela.

Les hôpitaux font-ils de l'ambulatoire ou de l'extrahospitalier ?

Il y a des patients qui ont besoin d'un soutien toute leur vie. Comment justifier cela à part par l'évidence médicale ? Après 6 mois, un psychotique est toujours psychotique. Est-ce à nous de fixer des objectifs aux gens ? Les maisons médicales ont fait une étude pour démontrer que leur existence permettait de ne pas trop dépenser d'argent. L'Europe vise à terme la fin de la sécurité sociale. Les études ne peuvent se baser que sur la médecine somatique pour déterminer le temps de traitement. La subjectivité disparaît car elle est intemporelle, immaitrisable.

Comment soutenir quelque-chose aujourd'hui par rapport à ce qui vient ? Sortir les gens de la maladie-invalidité ne veut pas dire les soigner. Dangereux d'être en demande, de poser la question « qu'est-ce qu'on attend de nous ? ». On a perdu notre place d'expert. Si on se met à leur disposition...

Sur le site du Conseil supérieur de la santé, il y a tous les jours de nouveaux guidelines.

Définition de la communauté européenne : santé mentale = pouvoir être productif pour la société.

Procès adressés aux médecins quand suspicion d'une mauvaise pratique. On va voir si le guideline a été respecté. Respecter l'evidence based en médecine. Ça va nous arriver aussi. Comment nous-mêmes produire de la littérature evidenced based. Mais en faisant cela, on cautionne la justesse de leur procédé + la littérature existe mais n'est pas prise en compte. J-M Thurin à l'Inserm tâche de produire une littérature qui a un poids. La question des sources est importante. Ce n'est pas démocratique que le gouvernement ne tienne compte que de certaines sources.

Temporalité : l'articuler avec le KCE pour en faire une critique.

Idée de travailler avec TamTam, campagnes de communication.

Qu'est-ce que nous attendons d'un lieu comme ici ? Qui nous demande quoi ? Ce que les patients nous demandent. Si notre boulot est d'autonomiser les patients, c'est antisocial. Parler d'autonomie, d'autonomie psychique, qui nous le demande ? Répondre à une demande du système ou à la demande de nos patients.

Article québécois : efficacité d'une thérapie, peu de variance. Les protocoles n'expliquent pas que ça fonctionne ou pas. Le symptôme ne disparaît pas, il revient.

Dans la nouvelle loi, plus de psychothérapie mais des actes thérapeutiques. Inconfortable de constater qu'il y a une conception déjà là et qu'on l'apprend petit à petit. Et la population ne sait pas. Le bilan fonctionnel serait-il le BelRAI ? Evaluation tous les 6 mois dans le projet de réforme du décret, c'est le KCE qui fait référence. Chacun est interposable dans le KCE.

Ray : mathématicien invité par la fédération des psychiatres d'orientation psychodynamique. Aujourd'hui, c'est le chiffre qui fait poids, argument d'autorité. Pourrions-nous envisager de traduire notre temporalité en chiffre ? Le temps psychique ne se mesure pas.

Comment le temps est-il pensé en systémique, dans les TCC ? L'articuler avec ce qu'on veut de nous, le rapport du KCE. Restons dans la clinique qui est notre commission, ne pas glisser vers le stratégique et politique. Ce qu'on fait comme travail, c'est ce qu'il y a à soutenir. Décaler notre offre de la demande du politique. Les SSM sont nés du terrain dans les années 70. Maintenant, renversement.

Lectures d'été conseillées :

Olivier Rey: Quand le monde s'est fait nombre. Paris, Stock, 2016.

Rosa Hartmunt : Aliénation et accélération

Dominique Quessada : Court traité d'altéricide

Sylvie Le Poutichet : L'œuvre du temps en psychanalyse

Stéphane Hendrickx, les dérives de l'idéologie gestionnaire dans le champ de la santé mentale, thérapie familiale, Genève.

Isabelle Funck-Brentano, Les logiques inconciliables du temps dans la relation de soin, mt pédiatrie, vol. 12, n° 6, novembre-décembre 2009

Ou films :

Ken Loach, My name is Blake

Stéphane Brizé, En guerre

Le canal artistique peut faire passer des choses.

L'économie de la connaissance nécessite du temps. Un risque est que les membres des Asbl ne puissent y participer. Quelle est la particularité de la position des DA dans la commission ?