



Fédération Wallonne des Services de Santé Mentale – FéWaSSM ASBL

Siège social : rue des Fusillés 20 – 1340 Ottignies

Courriel : [fewassm@gmail.com](mailto:fewassm@gmail.com)

## **COMMISSION ETHIQUE ET CLINIQUE**

### **Procès-verbal provisoire de la réunion Commission Ethique et Clinique du 25 janvier 2021**

**Présents :** Véronique VINCART (SSM Tamines), Annick BODSON (SSM Namur), Xavier MULKENS (SSM Charleroi), Marie LAMBERT (CRéSaM), Renaud LAGUESSE (CRéSaM), Lara NILS (SSM Libramont), Anne-Françoise LISON (SSM Alfa Liège)

**Excusées :** Coralie FRERE, Chloé DELMOTTE

#### **Information CRéSaM :**

Présentation de Renaud LAGUESSE (psychologue et responsable de projets).

Le changement de direction au sein du CRéSaM a amené divers réaménagements d'attribution.

La Direction du CRéSaM sera dorénavant assurée par Marie LAMBERT et Pascal MINOTTE.

Renaud participera dorénavant à nos réunions avec Marie.

#### **I. INTRODUCTION**

##### **1. Suivi et approbation du procès-verbal de la réunion de la CEC du 17 décembre 2020**

###### **Corrections page 3 :**

- Ligne 5 : Quel est l'objectif de la Commission Ethique et Clinique (Ajouter)
- Ligne 21 : Phrase à supprimer : « Nous pouvons rendre compte [...] compte ».

Le pv est approuvé moyennant ces corrections.

##### **2. Communication de nos travaux**

Nous avons publié un document rappelant le cadre de travail de la CEC (groupe ouvert, participation ponctuelle possible), les dates des réunions ainsi que le thème de nos réflexions actuelles.

Pour rappel : chaque intervenant psycho-social des SSM peut s'inscrire sur le site de la FéWaSSM pour devenir membres et avoir accès aux documents des commissions et aux Newsletters.

Procédure pour les membres inscrits :

- Site de la FéWaSSM
  - o Onglet Connexion – Accès membres
  - o Membres CEC -> documents.

Il est vrai que l'accès à ces données nécessite une démarche proactive de l'intervenant.

Nous nous sommes posés la question de la visibilité, de l'accès à ce courrier par un maximum d'intervenants psycho-sociaux.

Faut-il envoyer le document aux secrétariats des SSM ?

Décision : nous allons réactualiser le document et l'envoyer à chaque SSM membre de la FéWaSSM.

### 3. Retour sur les questions posées au CA de la FéWaSSM

#### **a) Contact CEC – CA de la FéWaSSM**

Lors de la réunion de décembre 2020, s'était posée la question des finalités et objectifs de notre travail en CEC ainsi que la clarification de la collaboration avec le CRÉSaM.

Lara et Anne-Françoise feront un retour après les contacts avec le CA.

En attendant, ce qui était un point d'accord avec le CA reste d'actualité. C'est-à-dire la poursuite du travail de réflexion ainsi que les témoignages sur nos pratiques évaluatives telles que nous avons l'habitude de les appréhender dans nos différents SSM avec nos usagers et nos équipes et sur les nouvelles pratiques que nous rencontrons.

#### **b) Objectifs de base de la CEC**

Suites aux interpellations, Lara a repris les objectifs principaux et spécifiques de la CEC qui ont été énoncés par la FéWaSSM lors de sa création.

L'idée est de vérifier l'adéquation de notre position avec les objectifs tels qu'ils avaient été énoncés au moment du lancement de la CEC.

***L'objectif principal de cette commission est de défendre la spécificité du travail en SSM dans le champ ambulatoire dont l'essence même est d'être au chevet de personnes fragilisées d'un point de vue psychique.***

Donc réfléchir à nos pratiques évaluatives est cohérent par rapport à cet objectif principal.

**Les objectifs spécifiques que poursuit la Commission sont les suivants :**

**Approfondir la clinique qui est la nôtre en SSM, et affiner notre identité. Comprendre et mesurer les effets des évolutions sur cette clinique. Comprendre et détailler les processus qui animent communément et de façon différenciée les SSM.**

Nos travaux sont toujours cohérents avec ces objectifs.

**Elaborer l'identité de chaque profession, élaborer les conditions de la pluridisciplinarité.**

Cet objectif est peut-être celui qui a été le moins abordé jusqu'ici.

## **II. REFLEXIONS ET TMOIGNAGES**

### **A. Témoignages et réflexions sur nos pratiques évaluatives telles que nous avons l'habitude de les appréhender dans nos SSM avec nos usagers et nos équipes.**

#### **La notion de confiance**

La confiance mutuelle et la confidentialité sont deux notions essentielles pour pouvoir aborder les témoignages et les situations concrètes de clinique que nous allons évoquer.

Cela pose également la question de la confidentialité des plateformes que nous utilisons pour nous réunir en visio-conférence.

#### **Rappel :**

A l'origine, notre objectif de base était aussi de renvoyer à nos subsidiants l'idée que l'évaluation de notre travail avec les usagers se fait régulièrement et pas uniquement dans une temporalité qui serait préalablement déterminée et systématisée.

#### **Echanges :**

Il y avait le double objectif à savoir d'un côté valoriser notre travail sur le plan quantitatif (avec l'aide du CRÉSaM) mais c'est pertinent de faire ce travail uniquement si cela peut nous servir dans notre clinique. Ceci permettait aussi de motiver les gens à venir en réunion.

### **Témoignages – situations cliniques**

#### **Témoignages 1 (V.V.)**

Présentation d'un outil d'évaluation récent.

Il s'agit d'un tableau sous forme de 3 questions :

1. Quels sont les enjeux d'ordre psychologique pour la personne ?

2. Qu'est-ce que je suis en train de faire pour répondre à ces enjeux ?
3. Quelles sont les ressources internes et externes (psycho-sociales) de la personne ?

Cet outil permet de répondre à ces questions :

- qu'est-ce que je fais quand je suis avec un patient ?
- voilà ce que je fais pour l'aider.

Connaître les enjeux nécessite d'avoir fait pas mal d'entretiens avec la personne. D'abord, il y a la demande de départ – portée par le patient ou pas.

Ensuite, il y a la demande de la personne elle-même.

L'outil permet de percevoir également l'enjeu qui se déroule dans une consultation :

- ce que je fais dans la séance
- ce qui se joue sur le plan verbal et non-verbal
- ce qui est important pour la personne
- la question des ressources.

Cela permet de rendre compte de la complexité du travail que l'on fait avec les gens spontanément la plupart du temps.

Nous sommes dans un processus d'évaluation qui fournit aussi des repères concrets pour se situer là où on est dans notre travail.

Outil utilisé dans mon travail avec les personnes âgées et en consultation classique.

Echanges :

Y-a-t-il l'occasion de donner un retour aux usagers ? oui un retour avec l'utilisateur est prévu.

### **Témoignage 2 (A.B.)**

Pratique en psychomotricité.

Comme le travail se fait principalement avec des enfants, il y a des retours réguliers.

Déroulé du travail :

- 3 premiers rendez-vous d'observation.
- Ensuite, rencontre avec la famille.

C'est l'occasion de faire part de mes observations, mes ressentis puis des objectifs de mon travail et de comment j'espère mettre ça en jeu.

- L'accord des parents est indispensable avant de commencer le travail.
- En cours de suivi, il y a des échanges suivant des « moments charnières » (inspection, fin de l'année scolaire). Les rencontres avec les parents ne peuvent pas être prévues à l'avance. Elles s'organisent quand la psychomotricienne a besoin de les rencontrer ou à l'initiative des parents ou de l'enfant.
- J'essaie d'en tirer un écrit partageable aux parents, aux collègues. Cet écrit (pensées, observations) va donner des repères, aider à voir où on en est et de remettre certaines choses en mouvement. La technique du récit peut être intéressante.

### **Echanges :**

#### Le contexte

La question de l'évaluation se pose en fonction du contexte et de ce que l'on fait avec son patient : un bilan, une expertise. Ce sera différent d'une prise en charge thérapeutique.

En effet, ici nous nous situons dans un contexte de suivi clinique et pas d'expertise.

#### La prise de notes

Dans une séance, nous sommes dans un « fil thérapeutique ». Nous laissons les choses se dérouler, essayant d'être au plus proche de ce qui est en train de se passer sans le rationaliser à ce moment-là.

Nous laissons les personnes aller à leur fil associatif libre. Nous recevons des « éléments bruts » pendant la séance puis les notes permettent de faire quelque chose avec cela, de laisser des traces.

Nous sommes dans un mouvement d'aller-retour. Nous sommes imprégnés par le processus sans avoir en tête que l'on est dans le processus d'évaluation.

Après la séance, on réfléchit et on retransforme le contenu fantasmatique, émotionnel. En essayant de formuler, de laisser une trace à propos d'où en est le processus (le processus psychique de la personne ainsi que le processus global de l'évaluation).

Les notes permettent de rendre compte d'un processus qui s'est passé.

L'idée n'est pas d'ouvrir à « une recette », il s'agit de rendre compte de la complexité.

Ce n'est pas l'une ou l'autre.

Que ce soit adressé aux autorités pour rendre compte du travail fait en SSM ou que ce soit utile dans les échanges, cela donne du poids à cette dimension qui est que l'on ne contrôle pas tout. Même si ce n'est pas chiffré.

Il y a une vraie valeur ajoutée. Cela permet de rendre compte de notre travail : c'est non maîtrisé et non maîtrisable et en même temps cela existe.

### Les outils d'évaluation

Se pose la question des outils évaluatifs et de la méthodologie.

Nécessité de trouver un système d'évaluation qui ne soit pas seulement quantitatif dont nous pourrions nous inspirer pour dire quelque chose de notre travail sans être dans les schémas classiques. Peut-être devons-nous inventer un outil évaluatif qui nous corresponde, qui soit ajusté au sens et aux valeurs recherchées dans notre travail.

Certaines équipes ont mis au point leurs propres outils évaluatifs.

### **Rappel :**

- Possibilité de tirer des idées de la conférence que l'ULG a donnée sur l'évaluation ?
- Cfr Conseil Supérieur de la santé (juin 2019) appuyant l'objectif de « rétablissement » en Santé Mentale
- Anne-Françoise centralise les suggestions de travail et les pistes de réflexion.

### **Témoignage 3 (LN)**

#### **A. Parcours de l'analyse d'une demande**

1. Premier temps : réception de la demande.
2. Si urgence : soit proposition d'une analyse de la demande dans un délai très court, soit si pas possible alors accompagnement vers une réorientation vers le réseau : urgences, équipes mobiles de crise...
3. Puis, temps de répartition des demandes en réunion d'équipe : en fonction de notre perception de l'analyse pluridisciplinaire et des spécificités : éventuelles spécialisations (vers quel intervenant)
4. Présentation au patient du cadre de travail et du guide de l'utilisateur (modalité de fonctionnement du service, types de travail possible, contexte institutionnel, travail pluridisciplinaire, ...).  
L'utilisateur signe le guide avec un accusé de réception.
5. Après quelques entretiens : retour en équipe avec une idée plus précise de la situation concrète : ajout d'une approche complémentaire si nécessaire (sociale, ...).  
Partage des informations utiles uniquement.

6. Dialogue avec la personne concernant le rythme des séances, le travail qui l'on va suivre. Rien n'est figé.
7. Retours réguliers en réunion clinique pluridisciplinaire en fonction de l'évolution de la situation et/ou d'une éventuelle concertation avec le consentement de l'utilisateur.

#### B. Situation clinique (LN)

Mise en évidence d'une situation clinique où le travail en équipe pluridisciplinaire, et l'évocation de certaines situations en équipe, est aussi l'occasion de procéder à une certaine évaluation du processus en cours avec l'utilisateur, en lui demandant son consentement. C'est un moment où l'on fait le point sur le cheminement et où un espace d'expression est suggéré pour évaluer les avancées et/ou difficultés rencontrées dans le travail clinique réalisé. Le consentement est une condition pour la notion de Secret Partagé. C'est un élément du code de déontologie des psychologues.

Les personnes qui consultent en SSM savent que nous travaillons en équipe. Importance cependant de les informer que l'on va parler d'eux. Expliquer les objectifs de ce partage. C'est un atout des SSM, l'équipe pluridisciplinaire. La personne sait qu'elle sera prise en compte dans sa globalité. Elle trouve aussi dans le SSM un lieu sécurisé. Pour certains de nos patients, le service est un contenant, un filet, le dernier rempart.

C'est aussi un moment évaluatif pour faire le point sur l'ajustement par rapport au travail clinique déployé. Cela met en jeu aussi la relation qui existe entre le thérapeute et la personne.

#### **Témoignage 4 (AFL)**

##### Les temps d'évaluation lors du parcours du patient dans le service

1. Entre le moment où la personne s'inscrit en liste d'attente et le moment où elle est reçue pour le premier entretien, nous avons mis en place la procédure suivante :
  - Une AS chevronnée procède à des contacts réguliers approfondis avec les personnes inscrites.
  - Cette prise de contact permet de vérifier que la personne reste demandeuse d'une aide, de garder un lien avec elle. Dans certains cas, en fonction de la situation, une réorientation peut se faire.
2. L'accueil et l'analyse de la demande (un ou plusieurs entretiens) est toujours effectuée par une Assistante Sociale. Celle-ci restera « la référente » de la personne tout au long de son parcours de soin dans le centre.

L'AS utilisera un canevas qui permettra de penser à l'orientation. L'AS procède également aux tâches plus administratives : présentation du ROI, passage en revue du document sur les Droits du patient. Ces documents seront signés par le patient pour approbation.

3. L'analyse de la situation globale du patient ainsi que sa demande sont analysées lors de la réunion d'équipe hebdomadaire. Cela aboutira à l'orientation vers l'aide la plus adéquate à ce moment-là (AS et/ou psy et/ou médecin).
4. Dans le cas d'une orientation vers le psychologue, celui-ci réalisera un bilan avec le patient après 3 entretiens (les attentes, les fonctions du produit, les problématiques associées).
5. Les modalités du suivi sont mises en place avec le patient.
6. Les évaluations du suivi sont régulières et se font sous forme d'entrevues informelles avec les collègues concerné(e)s et/ou lors de réflexions formelles : les intervisions.
7. Ces moments évaluatifs se font également avec la personne.

### Échanges

Constat : évaluer le travail en SSM, ce n'est pas la même chose qu'évaluer ailleurs.

La dimension institutionnelle est extrêmement importante dans l'évaluation.

## LA SUITE

### Propositions

- Que chacun relise le PV et n'hésite pas à apporter des remarques et modifications.
- Qui le souhaite peut amener une situation clinique qui illustre le(s) moment(s) de l'évaluation.  
L'objectif est de répertorier ce qui vient de nos pratiques, ce qui fait la spécificité de l'évaluation dans notre travail en SSM.

### [B. Réflexions par rapport aux nouvelles pratiques issues de la crise sanitaire ainsi que sur les questions éthiques qu'elles soulèvent](#)

### Observations

- Moins de consultations en présentiel et davantage de prestations « administratives » tels que de nombreux coups de fil de collaboration avec le réseau. Comme si le tissu social devait se créer de cette façon-là.

- Utilisation du temps laissé vacant pendant le confinement (pas de consultation de psychomotricité) pour faire des réunions (tel/visio). Faire le point, le tri.
- Constat pour le groupe :  
Manque de temps de partage en présentiel.  
Nous devons poursuivre notre travail sans les temps communs, les échanges cliniques de visu = entrevues informelles, repas ensemble...  
Isolement, distance par rapport aux collègues. Le support « visio » perturbe quelque chose de notre processus de réflexions communes.  
Nous sommes privé d'une partie de nos outils.
- Mise en place d'un système de permanences. Chaque intervenant psychosocial est amené à faire des demi-journées de permanence au secrétariat pour répondre aux demandes et situations complexes.
- Dans les réunions en visio, sentiment de perdre très vite le fil de ce qui se dit.  
Impression qu'alors que nous sommes connectés, nous pouvons vite être complètement déconnectés. Ce qui n'est pas le cas en entretien visio avec les patients.
- Lors d'évocation de situations cliniques qui reviennent, constat : les collègues non concernés ne se souviennent pas de l'historicité. Moins de traces amnésiques avec ce média ?
- Les enfants : les échanges sont très compliqués, voire impossible par l'intermédiaire d'un écran.

### **Points positifs**

- Certains patients (adolescents-adultes) préfèrent les entretiens par téléphone « Je vous dis des choses que je ne dirais pas devant vous. ». Possibilité de les travailler par la suite.  
L'écoute par téléphone permet l'expression de vécus et de pensées qui sont différentes.  
Cela permet au travail de s'enrichir d'une dimension à intégrer dans le processus.
- Partage de l'expérience du travail dans le projet Aide-alcool.be.  
Nous remarquons que, dans notre travail de suivi psychologique par « chats », la relation thérapeutique s'établit comme en entretien en face à face. L'expression de contenus complexes se fait également rapidement.  
Pour certains, c'est un outil qui va leur permettre d'« apprivoiser » ce qu'est un suivi avec un psychologue et de dépasser leurs appréhensions et représentations d'un suivi psychologique.

### **Première conclusion**

Le travail avec ces nouveaux médias pose également la question de la confidentialité.

Le lien par visio avec les jeunes est difficile.

Cela pose la question des frontières et de la garantie de la confidentialité.  
Nous aurons l'occasion de revenir sur cette question des nouveaux cadres de travail.

### **Retour du CRéSaM**

Seuls 33 RASH sont arrivés au CRéSaM.

Différentes hypothèses peuvent expliquer cette lenteur dont la situation sanitaire actuelle (d'autres priorités ?).

Le rappel a été effectué par le CA de la FéWaSSM.

Un temps d'échange est prévu prochainement entre le CRéSaM et le CA.

Marie rappelle que l'équipe du CRéSaM est à la disposition de la CEC pour un appui éventuel concernant le volet qualitatif de l'évaluation.