

# Mentale

**BFSM**  
numéro 6  
04 2005

# idées

L i g u e  
Bruxelloise  
Francophone  
pour la  
S a n t é  
M e n t a l e

53, rue du Président  
1050 Bruxelles

tél : 02 511 55 43  
fax : 02 511 52 76

e-mail :  
[lbfsm@skynet.be](mailto:lbfsm@skynet.be)

Editeur responsable:  
Eric Messens - 53, rue du  
Président à 1050 Bruxelles  
Parution: 3 fois/an

Avec le soutien de la  
Commission Communautaire  
Française de la Région de  
Bruxelles-Capitale.



## Dossier thématique

### *Evaluer l'évaluation*

avec des articles de

- Eric Messens
- Dr. Jean-Paul Matot
- Bruno de Halleux
- Patricia Seunier
- Thierry Van de Wijngaert
- Marc Minnen et collègues du Foyer de l'Equipe et de la F.S.P.S.T.
- Dr. Charles Kornreich et Dr. Jo Joosten
- Geert Hoornaert



## Questions *d'actualité*

### *Comment sera régi le monde psy*

*demain ?* - BRIGITTE DOHMEN, et la plate-forme "psy"

- PROPOSITION DE LA PLATE-FORME DE CONCERTATION  
DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ MENTALE

## • • • Mental'idées

est une publication de la  
Ligue Bruxelloise Francophone  
pour la Santé Mentale  
*L.B.F.S.M.*

53, rue du Président  
1050 Bruxelles

tél: 0032 02 511 55 43 de 9h.00 à 17h.00

fax: 0032 02 511 52 76

e-mail : [lbfsm@skynet.be](mailto:lbfsm@skynet.be)

## • • • Equipe

Eric Messens,  
directeur, psychologue  
Pascal Banzira,  
informaticien

Ariane Coppens,  
documentaliste

Michèle De Bloudts,  
animatrice-coordinatrice

Françoise Herrygers,  
animatrice-coordinatrice

Philippe Hoyois,  
chercheur, sociologue

Marie-Dominique Migeotte,  
secrétaire

## • • • Comité de rédaction

Dr. Charles Burquel, vice-président de la  
L.B.F.S.M., médecin-directeur du S.S.M. Le  
Méri dien

Elisabeth Collet, coordinatrice du S.S.M.  
L'Adret.

Dr. Philippe Hennaux, président de la  
L.B.F.S.M., médecin-directeur de "La Pièce"  
de l'Equipe.

Dr. Jean-Paul Matot, vice-président de la  
L.B.F.S.M., médecin-directeur du S.S.M. de  
l'U.L.B..

Pierre Smet, psychanalyste au S.S.M. Le  
Sas.

Responsable de publication  
Eric Messens, directeur de la L.B.F.S.M.,  
psychologue.

Mise en page et graphisme  
Françoise Herrygers, coordinatrice du *Mi*

# Mental'idées

Information / Insertion

Les articles et annonces peuvent être adres-  
sés à la L.B.F.S.M. 53, rue du Président -  
1050 Bruxelles, au nom de  
Françoise Herrygers, tél: 02 511 55 43  
fax: 02 511 52 76  
e-mail: [herrygers.lbfsm@skynet.be](mailto:herrygers.lbfsm@skynet.be)

Pour plus de facilité, il est préférable qu'ils  
soient dactylographiés; pour les envois infor-  
matiques: en pièces jointes et en Word sous  
Windows. Les textes manuscrits lisibles seront  
également acceptés.

N'oubliez pas d'y joindre les coordonnées  
complètes de l'auteur ou de la personne de  
contact.

*Le Comité de lecture et de rédaction de Mental'idées se  
réserve le droit de refuser la publication d'une annonce  
ou d'un texte reçu.*

*Les textes parus dans Mental'idées ne peuvent être  
reproduits qu'après accord préalable de la revue et  
moyennant mention de la source.*

## Psychendoc

Centre de documentation de la L.B.F.S.M.  
53, rue du Président - 1050 Bruxelles, 1er étage

### Horaires

Lundi et mardi de 12h.30 à 16h.30

Mercredi de 10h.30 à 13h.30

Libre accès au public et demandes par téléphone

*Renseignements: Ariane Coppens,*

tél: 02 501 01 20

fax: 02 511 52 76

e-mail: [psycendoc.lbfsm@skynet.be](mailto:psycendoc.lbfsm@skynet.be)

## Services

- Pour le public et les professionnels, orientation,  
informations, renseignements par téléphone ou sur  
rendez-vous.

- Pour les (futurs) professionnels, fichier-formations  
consultable sur place.

- Pour les (futurs) professionnels, offres d'emploi  
consultables sur place.

*Renseignements: Michèle De Bloudts, 02 511 55 43*

e-mail: [debloudts.lbfsm@skynet.be](mailto:debloudts.lbfsm@skynet.be)

## Sommaire

- p. 3 **Editorial** - Françoise Herrygers
- P. 4 **Echos**  
- Un colloque belgo-sénégalais à Dakar  
Geneviève Platteau  
- Visites-Echanges/SMES-Europa  
Michèle De Bloudts
- P. 6 **Carte blanche...**  
à Jean-Pierre Lebrun  
"Meurtrier à trois ans et demi !"
- P. 8 **Dossier thématique**  
**Évaluer l'évaluation**
- p.8 **Introduction**  
Eric Messens
- p.10 **L'évaluation des pratiques dans le champ de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**  
Dr. Jean-Paul Matot
- p.14 **Le désir évalué**  
Bruno de Halleux
- p.15 **Epidémiologie et Services de Santé Mentale**  
Patricia Seunier
- p.18 **Evaluation et I.H.P., deux modèles**  
Thierry Van de Wijngaert
- P.22 **De notre évaluation pour le travail clinique à la mesure de son efficacité**  
Marc Minnen et collègues du Foyer de l'Equipe et de la F.S.P.S.T.
- P.24 **L'évaluation au sein d'un service psychiatrique hospitalier : état actuel, écueils et perspectives**  
Dr. Charles Kornreich, Dr. Jo Joosten
- p.29 **Les "bonnes pratiques" et la nôtre...**  
De l'évaluation en santé mentale  
Geert Hoornaert
- P. 32 **Questions d'actualité**  
"Comment sera régi le monde psy demain ?"  
Brigitte Dohmen.
- P. 38 **Proposition de la plate-forme de concertation des professions de la santé mentale**

Lors de la journée TRAVERSÉES du 19 mars 2004 cadencée en quatre temps distincts, le troisième temps animé par Alain Borlée et Sylvia Di Matteo était consacré à L'INSTITUTION EN QUESTION(S) dont la première était " Que puis-je formuler à moi-même sur l'évaluation de mon travail et comment le transmettre ? "...

L'évaluation est une question à laquelle nous sommes tous confrontés, thérapeutes ou non.

L'auto-évaluation de ses propres capacités et de son travail exigent une connaissance de soi-même sans complaisance aucune : capacités, limites, pouvoir d'adaptation, résistance à l'effort, positionnement face au monde du travail, valeurs personnelles...

Etre évalué de l'extérieur amène une relecture de l'auto-évaluation à l'aune de l'autre, de ses failles, de ses intérêts, de ses enjeux, de sa place hiérarchique, de sa rigueur ou de son laxisme... L'exercice est délicat mais il est possible - si à l'évaluation vient se juxtaposer une certaine ouverture d'esprit, voire une rencontre dans la reconnaissance de l'altérité et la confiance mutuelle -, qu'il génère valorisation, émulation et amélioration.

L'évaluation institutionnelle gagne encore en complexité puisque les intervenants formant alors une équipe, pluridisciplinaire, ont à dépasser leurs limites individuelles pour rendre compte d'un projet commun et d'une activité collective.

Quant aux comptes finaux de cette équation aux multiples variables, ils seront à leur tour évalués par les usagers de l'institution, les structures équivalentes ou partenaires et, last but not least, les pouvoirs subsidants !

Toute évaluation s'exerce sur deux axes majeurs : le quantitatif et le qualitatif... Et si un vieil adage susurre laconiquement "mieux vaut la qualité que la quantité", il n'en reste pas moins vrai que les moyens financiers accordés aux institutions sont de plus en plus souvent corrélés à une objectivation (chiffrée) des demandes et besoins du public.

Comment chiffrer ce qui y est mis au travail ? Comment l'évaluer autrement qu'en prenant un espace/temps supplémentaire, tout aussi retors à la statistique, en déposant sa pratique clinique sur la table à l'épreuve du savoir et du regard des pairs ?

Les Services réclament plus de moyens en arguant de la complexification du social et du trouble des frontières qui placent les pys aux barricades de tous les dysfonctionnements ! La société les veut comme juges et arbitres, comme tiers de tous ses dérapages : dans les écoles, les tribunaux, les litiges familiaux, les maisons de repos,...

#### Des chiffres et des lettres...

Si les chiffres sont nécessaires pour montrer une évolution du travail, s'ils peuvent témoigner des carences d'un secteur en postes de travail, en formations, ... ils sont néanmoins insuffisants s'ils ne s'accompagnent pas d'explications. Il faut aussi pouvoir transmettre à ceux qui liront les chiffres et qui ont le

pouvoir d'y apporter certaines solutions, qu'ils ne traduisent pas la plainte chronique d'un secteur mais bien sa volonté de remplir ses missions de " Service public " pro-activement, sur un territoire donné, en y respectant au mieux la réalité de sa population, et de chaque individu qui la compose, sur un terme long et avec toute la souplesse nécessaire à l'adaptation à chaque histoire, à toute relation, à un travail de construction - ou de re-construction - de l'individu.

C'est dans cet esprit que la Ligue s'est associée à l'organisation du Colloque "Évaluer l'évaluation", conçu comme un premier temps pour penser et reconsidérer les questions propres à l'évaluation. Le dossier thématique de ce numéro de Mental'idées présente des textes de quelques-uns des collaborateurs de ce Colloque. Bonne lecture.

Françoise Herrygers

## Echos...

### Un colloque belgo-sénégalais à Dakar

En décembre 2004 nous avons pu organiser un colloque à Dakar sur "la relation d'aide et les ressources du soignant".

C'est d'une rencontre biculturelle qu'est né ce projet ; deux ans auparavant, le Professeur Birama Seck de passage à Bruxelles avait émis le désir de rencontrer le Docteur Elkaim ; désir auquel j'ai répondu avec empressement en réunissant les deux hommes autour d'un repas convivial.

C'est au cours de cette soirée que s'est formulé le vœu de réaliser un Colloque à Dakar à la fin de l'année 2004. Entre temps le Professeur Birama Seck est décédé, non sans nous avoir communiqué le désir de poursuivre ce projet ; quant au Docteur Elkaim, il ne put malheureusement participer ni à l'élaboration du projet, ni au Colloque proprement dit, pour raisons de santé.

Deux équipes se sont aussitôt mises en place, l'une à Bruxelles, l'autre à Dakar.

A Bruxelles, Paula Lambert qui a travaillé 12 ans à l'hôpital de Fann à Dakar, Eric Messens, sensible aux projets en Afrique et aux échanges entre le Nord et le Sud, Jacques Pluymaekers lui aussi déjà expérimenté dans l'organisation de colloques à l'étranger, et moi-même. A Dakar, le professeur Omar Sylla, le docteur Aïda Sylla, Thiané Gueye et Thierno Sagna.

Avec une première tâche : coordonner les agendas et programmer au fil des mois le contenu de trois journées de rencontre tenant compte des sensibilités et des intérêts de chacun.

Sans fausse modestie, je puis dire que les objectifs du colloque ont largement été atteints.

Au-delà de l'hommage rendu à Birama Seck, il nous a permis de confronter nos pratiques dans la relation d'aide, en s'impliquant émotionnellement comme thérapeute.

Le Colloque a réuni plus de 170 participants, une centaine d'Africains et 70 Belges et Français.

Le taux de participation aux journées et la qualité des ateliers témoignaient de la motivation des orateurs et des participants... Le tout s'est déroulé dans une ambiance détendue et chaleureuse.

Cette rencontre belgo-africaine - née d'une autre rencontre - a été émouvante sans doute d'abord parce qu'elle était fondée sur un deuil, une transmission et une loyauté due au "père africain", ensuite parce que le

partage de nos pratiques, de nos cultures, de nos référents, de nos différences et de nos ressemblances, nous ont laissés avec de nombreuses interrogations, mais aussi avec le sentiment d'avoir ouvert quelque chose...

L'Occident a tendance à se sentir détenteur du "savoir", et l'"émotion" appartiendrait à l'Afrique..., le Colloque a permis de reconsidérer un peu ces représentations stéréotypées.

Nous avons appris beaucoup tant dans l'organisation que dans la réalisation du Colloque : une collaboration étroite et soutenue entre les deux comités d'organisation, une gestion du temps et du stress très différente, une solidarité devant les problèmes rencontrés, un partage des tâches et des risques matériels sous-jacents...

"Aider" ou "soigner" implique "soi" et "l'autre", notre identité et nos appartenances, l'identité de l'autre et ses appartenances.

Devant la complexité des problèmes rencontrés en Afrique, l'occidental se sent dépassé et impuissant. Ce Colloque a aussi été l'occasion de découvrir que dans nos aspirations communes d'aide, l'écoute de l'autre dans sa différence permet une co-construction, une co-création de projets où chacun est une ressource pour l'autre.

C'est pourquoi il semble se dégager un souhait autant du côté belge que du côté sénégalais, de continuer et de prolonger un programme d'échanges durable à partir de cette première rencontre réussie.

Des rendez-vous sont d'ores et déjà prévus afin de définir les attentes de chaque partenaire et la manière dont nous tenterons de poursuivre ce travail.

Le groupe thématique sur les "Projets durables en santé mentale avec les pays du Sud" organisé à la Ligue poursuit, de son côté, sa réflexion sur le sens et les conditions de partenariat avec les pays en voie de développement et nous donne, en toile de fond, un cadre de réflexions et de références pour penser l'avenir de nos projets au Sénégal et très vraisemblablement dans les pays voisins d'Afrique de l'Ouest, mais aussi dans d'autres régions du monde.

Pour le Comité d'organisation du Colloque,

Geneviève PLATTEAU,

responsable de l'équipe Couples et Familles du S.S.M. de l'U.L.B. formatrice à l'I.E.F.S.H. et à l'I.F.I.S.A.M., co-responsable du groupe de travail "Projets durables en santé mentale avec les pays du Sud" à la L.B.F.S.M.

mars 2005

Le SMES-Europe aisbl (Santé Mentale-Exclusion Sociale, association internationale sans but lucratif), a été créé en 1992 à la suite d'un séminaire à Rome sur les personnes sans-abri dans les grandes métropoles. Il promeut le droit à la santé et à l'inclusion sociale des personnes vivant dans la grande précarité et souffrant de troubles de santé mentale. Pour ce faire, il organise notamment des séminaires (échanges de pratiques pour les professionnels de différents pays) et adresse des recommandations à la Communauté Européenne.

Cette année, le SMES-Europe a proposé des rencontres autour du thème Dignité et Santé dans des pays "accueillants" : Belgique, Italie, France, Espagne, Danemark. Cinq pays de l'Europe de l'Est ont été invités : Bulgarie, Lettonie, Pologne, République Tchèque, Roumanie. Un séminaire de conclusion aura lieu à Berlin.

Le premier programme de visites-échanges et d'exposés (\*Cellule d'Appui intersectorielle, \*Accès aux aides sociales du CPAS, \*Les PAN'S... ) s'est déroulé du 18 au 22 janvier 2005 sous la houlette du SMES-B<sup>1</sup>. Trois groupes ont sillonné les rues bruxelloises à la rencontre d'associations<sup>2</sup> oeuvrant tant dans le domaine de l'aide sociale que dans celui de la santé physique et/ou mentale, et en lien avec le SMES-B. Il s'agissait de pouvoir échanger autour des dispositifs d'accueil et de soins pour les usagers de ces services : personnes sans-abri, sans papiers, demandeurs d'asile ou vivant dans des formes de précarités psycho-sociales particulières : adolescents avec perturbations psychologiques sévères et sous mesure imposée par le Tribunal de la Jeunesse, toxicomanes marginalisés, adultes psychotiques chroniques ... Mosaïque des différentes formes que peut prendre l'exclusion et/ou la désaffiliation sociétale...

Revient d'emblée la constatation d'une difficulté à intéresser la psychiatrie au sans-abrisme et le renvoi vers le social quant à cette question.

Des dispositifs d'intervention à bas seuil d'accès permettent la rencontre des personnes sans abri, peu compliantes et vivant dans un espace/temps discontinus.

L'accompagnement à domicile, la présence sur des lieux d'hébergement facilitent la reprise et le maintien du lien entre usagers et professionnels.

Certains pays n'ont pas de comité d'usagers. Aussi la participation à "Espaces de paroles" a suscité beaucoup d'intérêt. Il s'agit d'un espace d'expression des personnes sans-abri, d'hébergés en Maisons d'accueil et d'échange avec des travailleurs de services d'aide. Les propositions sont notamment rapportées au Comité de concertation des sans-abri et à des pouvoirs politiques.

*Echange de paroles : "Pourquoi on a quitté son pays ? C'est cas par cas. Pour avoir du travail ou pour fuir l'injustice" - "Difficile de retourner dans son pays si on a pas réussi et puis on y est comme l'étranger" - "Qui peut m'aider, j'ai perdu mes papiers depuis des années ?" - "Pendant la journée on peut trouver des endroits chauffés, à manger, c'est le soir que les problèmes commencent pour pas dormir à la rue" - "Tu as la honte. Par exemple tu perds ton boulot, tu n'oses plus rentrer chez toi. Ça peut durer une heure, un jour, un an, la vie"...*

Quelles sont les possibilités du travail en réseau ? Faire connaître les associations d'aide aux sans-abri<sup>3</sup>, (re)construire des liens sociaux et institutionnels avec et autour de l'usager, créer des ponts entre le secteur de la santé mentale et celui du social. Les pays Est-européens ont été impressionnés par l'étendue et la variété du réseau d'aide et de soins bruxellois. L'un des objectifs de l'Europe est d'éradiquer la pauvreté et l'exclusion sociale d'ici 2010. Il n'en reste pas moins que la précarité et la désinsertion sociale continuent à se développer en notre ville entraînant de nombreuses souffrances psychiques. Cette thématique est développée dans plusieurs groupes de travail au sein de la Ligue et de la Coordination Santé Mentale et Précarités notamment autour de la clinique, du logement, de l'insertion, de la prise en charge des individus et des familles vivant une désinscription sociale...

Voici, de façon synthétique, un éventail des réflexions qui se sont dégagées lors des échanges auxquels j'ai participé. Il n'est pas exhaustif, le programme se poursuivant sur un plus long terme, mais permet d'introduire à nouveau la réflexion sur une clinique de la rupture du lien social, de la disparition de l'identité singulière, en espérant qu'un prochain dossier du Mental'idées soit consacré au thème de la grande exclusion sociale.

#### A consulter :

[www.smes-europa.org](http://www.smes-europa.org)  
[www.observatbru.be](http://www.observatbru.be)

Michèle DE BLOUDTS,  
animatrice-coordinatrice L.B.F.S.M.

mars 2005

<sup>1</sup> Cellule d'Appui du SMES-B - tél : 02/502 69 49

<sup>2</sup> Merci entre autres à : Article 23, CASU, Cellule d'Appui du SMES-B, Diogènes, Dispositif d'hiver de Pierre d'Angle, Espaces de Paroles, La Fontaine, MASS de Bruxelles, MSF, Nativitas, Parentalité-Addiction, Poverello, SAS-CPAS-Bxl, Ulysse, Unités Karibu et Mère-enfant du CH J. Titeca, Urgences du CHU Saint-Pierre, SSM A. Artaud, Le Méridien et Rivage-Den Zaet ...

<sup>3</sup> Le dépliant "Sans-abris, des adresses" peut être obtenu à la Commission Communautaire Commune, 02 / 502 60 01 - *Le Guide pour les Sans-abri*, réalisé en collaboration avec le Front Commun SDF, peut être obtenu au SPP Intégration Sociale, 02/509 85 53

### Votre avis nous intéresse...

Afin d'améliorer encore le *Mental'idées*, nous devons savoir ce que vous en pensez, et ce tant sur le plan de la forme que sur celui du contenu... Est-il agréable à lire ? Les articles des dossiers thématiques et des autres rubriques sont-ils intéressants ? Et le côté informatif...? Est-il lu dans votre lieu de travail ? Les rubriques sont-elles adéquates ? Avez-vous des suggestions, des souhaits...? Avis, idées, critiques constructifs sont les bienvenus sur le mail [herrygers.lbfsm@skynet.be](mailto:herrygers.lbfsm@skynet.be).  
**MERCI.**

## Meurtrier à trois ans et demi !

Jean-Pierre LEBRUN,  
psychiatre et psychanalyste

"*Tragédie incompréhensible*" affirme-t-on tant dans le public que parmi les autorités concernées. Mercredi après-midi, une jeune mère, pensionnaire d'une maison d'accueil pour femmes en difficulté confie la garde de sa fille de quatre semaines pour quelques minutes à une autre locataire du centre. Profitant sans doute d'un moment d'absence de tout adulte auprès du nourrisson, un petit garçon de trois ans et demi s'en est pris au bébé, l'a fait tomber de son landau et l'a frappé et violenté jusqu'à ce que mort s'en suive.

Les enquêteurs ont reconstitué la scène et il a même été procédé à l'enregistrement audiovisuel de l'entretien. Le doute ne semble pas subsister : l'enfant a refait avec une très grande violence les gestes meurtriers avec une poupée.

Les questions fusent de toutes parts : un enfant de trois ans et demi peut-il être un meurtrier ? Comment s'explique cette flambée de violence ? Comment rendre compte d'une telle méconnaissance ? Mais aussi, de manière plus générale, pourquoi cette montée de la violence chez les enfants, des enfants tyrans à ceux qui vont jusqu'à frapper leurs parents ? Et surtout pourquoi se montrent-ils violents de plus en plus tôt ?

A l'heure où nous en sommes, nous ne savons évidemment encore que très peu de choses de la singularité de la tragédie. Qui était les parents, quelle fratrie, quelles conditions à son début d'existence ? Quelle violence à la génération du dessus ? Aurait-il lui-même été déjà la victime de violence ? De quelle souffrance psychologique chez cet enfant, ces faits ont-ils été la traduction ? Il ne s'agit pas ici de discréditer ces pistes pour comprendre ce qui a eu lieu, bien au

contraire, mais peut-être convient-il aussi d'emblée d'identifier avec le plus de lucidité possible ce dont cette tragédie pourrait être le symptôme, et cela au risque d'un "politiquement totalement incorrect".

Contrairement à ce qui circule dans l'opinion ambiante, l'enfant n'est pas une oie blanche pas plus qu'il n'est cet ange qu'on voudrait épargné de nos vicissitudes d'adulte. Contrairement à ce qui circule, l'enfant n'est pas l'égal des parents, et les droits que nous lui reconnaissons aujourd'hui ne rendent pas périmées les contraintes qu'il convient toujours de lui imposer. Contrairement à ce qui circule, un enfant est spontanément habité par la violence pulsionnelle et il a besoin de son environnement pour l'aider à faire de cette violence autre chose que de la destruction.

L'enfant est un petit incestueux et meurtrier en puissance - nous le savons depuis Freud mais nous sommes plus que jamais disposés à ne rien vouloir en savoir. Ceci ne veut pas tant dire qu'il veut faire l'amour à maman, ni qu'il veut tuer papa ; ceci veut surtout dire qu'une force libidinale est à l'oeuvre dès son plus jeune âge et que celle-ci le pousse à fusionner avec la mère en même temps qu'elle le conduit à vouloir faire disparaître quiconque viendrait interrompre cette lune de miel. Sa libido a dès lors besoin des premiers autres qui l'entourent pour se confronter à une force contraire et ainsi lui permettre de trouver une autre issue que le renfermement sur cette dyade ou la destruction de toute altérité. C'est tout simplement la tâche de ce que depuis des siècles, on appelle l'éducation. Celle-ci implique donc, paradoxalement, de faire violence à la violence de l'enfant car cette dernière est à la hauteur de la force libidinale qui l'habite et le petit d'homme a

besoin de rencontrer des adultes capables d'empêcher sa violence d'abord, de la lui interdire ensuite, autrement dit de lui transmettre les moyens grâce auxquels ils ont eux-mêmes réglé cette question.

Certes à trois ans et demi, on ne peut parler d'un homicide délibéré, car à cet âge-là, l'enfant n'a pas de représentation suffisante de la mort mais si le drame s'est réalisé, c'est parce que le voeu meurtrier à l'égard de l'intrus - fût-il un puîné ou tout simplement un nourrisson - a rencontré la réalité et que rien n'est venu en empêcher l'accomplissement.

Sans doute, nul n'a, en ce cas précis, rien à se reprocher, mais collectivement, nous laisser penser que l'enfant est une oie blanche n'induirait-il pas de ne plus devoir prendre la juste mesure de ses voeux incestueux et meurtriers ? Ne nous autoriserait-il pas à nous dispenser de faire violence à sa violence ?

Car voilà, en nos temps de mutation du lien social<sup>1</sup>, l'air ambiant est à l'égalitarisme, à la permutabilité des places, à la symétrie des statuts, à la réciprocité des droits, à la parentalité hors différence des sexes, à la garde alternée.... et dans ce contexte où tous les repères d'hier sont suspendus, trouver son orientation est souvent difficile. Aujourd'hui, qui pour soutenir que cela relève encore du travail de parent, d'éducateur, d'enseignant, de contraindre l'enfant, fût-ce même parfois par corps, à intégrer une limite, à faire sienne une seule place, à accepter un cadre ? Et qui pour endosser la haine de l'enfant - sa violence - qui ne pourra pourtant qu'émerger lorsqu'il devra prendre acte de cette entame qui lui vient de l'autre ? Qui pour repérer que ce qui est traumatique n'est pas la limite qui lui est alors imposée mais bien plus le fait qu'en l'invitant à éviter l'interdit plutôt qu'à l'intégrer, on le laisse sans recours, abandonné de qui pourrait lui indiquer le chemin des moyens psychiques qui lui permettraient de consentir à la limite ?

Nous nous laissons aujourd'hui croire que l'enfant n'a pas de travail psychique à accomplir pour intégrer les paramètres qui lui permettront l'accès à une vie sociale ; ainsi, nous nous épargnons souvent de devoir l'éduquer et nous lui économisons d'avoir à réguler ses pulsions. Moyennant quoi, nous le livrons à lui-même et le laissons devenir la proie de sa propre violence pulsionnelle.

Nous en sommes même - comme à propos de notre jeune meurtrier - à ne plus pouvoir penser qu'une

violence pourrait survenir autrement que comme le résultat d'une violence à laquelle il aurait déjà assisté ou qui lui aurait été faite. Peut-être en l'occurrence est-ce le cas, mais c'est faire fi de ce que permet pourtant la plus simple observation clinique, à savoir que la première violence que l'enfant rencontre n'est autre que celle qui l'habite intimement, celle qui résulte de ce conflit entre ses désirs incestueux et meurtriers et l'interdit qui s'y oppose. Et que dans ce conflit, les chances que ce soient le travail de la culture et l'élaboration psychique qui l'emportent sont directement proportionnelles à l'aide qu'aura pu trouver l'enfant dans sa famille ou dans son premier entourage.

Mais où la famille va-t-elle trouver l'appui pour faire ce travail si l'ensemble du discours social délégitime ceux et celles qui ont la possibilité et le devoir de lui venir en aide pour construire ses premières régulations ? Où un parent va-t-il trouver sa légitimité d'empêcher et interdire si tout vient lui dire qu'il suffit d'aimer ?

Oserions-nous penser que le crime de notre jeune meurtrier ne serait que le symptôme de ce à quoi nous ne voulons plus nous confronter ? Ne rien vouloir savoir de la violence qui habite un enfant, ne nous aurait-il pas dédouané de la tâche d'avoir à y faire face ? Cela ne nous permettrait-il pas de nous délester de notre propre violence ? Allons-nous de ce fait, nous satisfaire de comptabiliser les enfants-tyrans, de prendre acte du nombre croissant de violences dans les crèches, d'encoder les statistiques de parents battus ? La tragédie qui vient de survenir, la borne de l'âge qu'elle dépasse outrageusement, ne serait-elle pas le prix que nous payons au fait de nous être collectivement débarrassés de la nécessité de ce qui s'est appelé pendant des siècles, l'éducation ?

<sup>1</sup> Nous renvoyons à ce sujet à notre article "Incidences de la mutation du lien social sur l'éducation", *Le débat*, novembre-décembre 2004, numéro consacré à "L'enfant-problème", Gallimard.

Le prochain numéro de

**Mental** idées

paraîtra

en septembre 2005 - n° 7

Dossier thématique "Personnes âgées"

Pour être insérées dans nos pages, vos informations doivent nous parvenir au plus tard le 1<sup>er</sup> juin 2005.

# Evaluer l'évaluation...

## Introduction

### Au Petit Robert...

**EVALUATION** n.f. - *evaluacion* 1365 ; de évaluer  
**1.** Action d'évaluer, de déterminer la valeur ou l'importance (d'une chose). ⇒ **appréciation**, **1. calcul, détermination, estimation, expertise, prise.** *Evaluation d'une fortune, des biens. Procéder à l'évaluation des marchandises en magasin.* ⇒ **inventaire.** - *Evaluation d'une distance, d'une longueur. Evaluation approximative.* ⇒ **approximation.** - *Evaluation des connaissances. Méthode d'évaluation.* **2.** La valeur, la quantité évaluée. *Evaluation insuffisante, trop faible* (⇒ **mesure, prix, valeur**).

Mental'idées consacre son dossier thématique à l'évaluation... Colloque oblige !

L'évaluation est un thème qui s'impose aujourd'hui, différemment considéré selon que les opposants, les réticents, les pragmatiques, les convaincus ou les intéressés en parlent.

Deux journées pour en discuter, le plus librement possible au cours de quatre tables-rondes rassemblant des praticiens, des chercheurs, des universitaires, des politiques et, bien entendu, le public participant. **Evaluer l'évaluation**, c'est le projet de l'U.L.B., de l'U.C.L., de l'I.W.S.M. et de la L.B.F.S.M. qui ont élaboré ensemble ce Colloque au départ d'une idée de Philippe Fouchet et de Patrick De Neuter. Ces derniers participent à la Commission " Psychothérapie " mise en place par le Conseil supérieur de l'hygiène au niveau fédéral et chargée de montrer l'efficacité et la validité scientifique des psychothérapies. La participation à cette mission les a motivés à proposer à un public professionnel le plus large possible un temps pour penser et reconsidérer les conceptions qui circulent sur l'évaluation. Le Colloque sera, à la fois, un état des lieux sur ce qui se vit déjà dans les différents secteurs institutionnels et une occasion de mettre en évidence quelques idées originales en matière d'évaluation.

Quelques exposés plus fondamentaux, de Christophe Dejours, Jean De Munck, Luc Carton, Matéo Alaluf, Philippe Fouchet et Patrick De Neuter serviront de balises extérieures à la réflexion générale.

Cela dit, le débat et les polémiques autour de l'évaluation se jouent déjà sur d'autres scènes.

Les secteurs, les fédérations se concertent pour anticiper sur de futures obligations ou réagir à des méthodologies évaluatives jugées contraignantes ou contre-productives. Des initiatives spontanées comme le groupe Alpha ou la Plate-Forme de concertation des professions de la santé mentale témoignent d'un engagement des acteurs de terrain dans l'exercice délicat de définition des concepts d'évaluation et des réglementations qui les concernent.

En région bruxelloise, un processus nouveau a vu le jour : les Assises de l'ambulatoire. Depuis trois ans, elles organisent et maintiennent un dialogue permanent entre trois bords, les décideurs politiques, les fonctionnaires de l'administration et les représentants des Services, pour les secteurs du social et de la santé de la Commission Communautaire Française. Les travaux actuels des Assises portent sur la co-construction d'outils d'évaluation sectoriels et intersectoriels.

Toujours en région bruxelloise, le Ministre Benoît Cerexhe a initié dans le cadre de la Commission Santé du Parlement bruxellois francophone un programme d'évaluation des dispositions législatives (décrets et



arrêtés) réglementant depuis une petite dizaine d'années les secteurs des Services de Santé Mentale ambulatoires et des Institutions pour toxicomanes.

Comme on le voit, les occasions d'en découdre avec l'évaluation ne manquent pas. Plaidons pour qu'elles permettent de faire progresser la réflexion et les bonnes idées, de tordre le nez aux fausses représentations et de mettre quelques garde-fous aux prosélytes de l'estampillage statistique.

En guise d'amuse-bouche, le lecteur curieux trouvera dans ce dossier thématique sept textes introductifs. On les doit à l'inspiration de Jean-Paul Matot, Bruno de Halleux, Patricia Seunier, Thierry Van de Wijngaert, Marc Minnen, Charles Kornreich et Jo Joosten, et Geert Hoornaert qui ont contribué avec bien d'autres collègues aux journées préparatoires du Colloque.

En les publiant, nous n'avons aucune prétention exhaustive, mais seulement le désir de mettre en évidence quelques questions et opinions préliminaires.

Eric MESSENS,  
Directeur de la L.B.F.S.M.

## Argument du Colloque Evaluer l'évaluation

L'évaluation s'impose aujourd'hui.

Préoccupation passagère, nouveau paradigme de l'efficacité, contrainte liée à la domination des technologies ou conséquence de la pénurie,... elle est dans l'air du temps !

En psychiatrie ou dans le champ plus général de la santé mentale et des pratiques psychosociales, les institutions n'échappent pas à cette nouvelle forme d'investigation.

Toutes les institutions ne sont bien sûr pas confrontées de la même manière à la question de l'évaluation : alors que certaines se sont vu imposer ou proposer de façon plus ou moins concertée de nouveaux outils d'évaluation, d'autres ne sont soumises jusqu'à présent à aucune formule d'évaluation standardisée de leur activité, ce qui ne veut pas dire que la question ne fasse l'objet d'aucune réalisation ou réflexion en cours.

Dans tous les cas, il semble qu'une certaine confusion règne autour de la notion d'évaluation lorsque celle-ci touche aux pratiques en institution. Elle porte essentiellement sur la proximité de deux termes, trop souvent rabattus sur un même plan: le contrôle et l'évaluation.

Le premier, le contrôle, ou l'inspection, permet à un pouvoir organisateur ou à l'Etat de veiller au bon usage des moyens, notamment les fonds publics, et de vérifier que les institutions les utilisent en conformité avec leurs missions. Comme telle, cette vérification, tout à fait légitime, ne peut prétendre être la seule modalité d'évaluation des pratiques.

Le second, l'évaluation, concerne plus directement la pratique. L'évaluation a un caractère prospectif puisqu'elle permet de rendre compte des dispositifs institutionnels et de leurs effets, de la complexité des situations réelles rencontrées, des difficultés sur lesquelles on bute, du travail non-mesurable, de l'évolution des demandes et des besoins des publics, pour *in fine*... confirmer ou ajuster les projets, initier de nouvelles formes d'intervention, et de manière plus générale favoriser la construction des politiques publiques par le dialogue permanent entre acteurs de terrain et décideurs politiques.

Il semble donc nécessaire et même urgent d'effectuer un retour à la clinique afin de clarifier cette problématique de l'évaluation et de mettre en valeur les diverses méthodologies déjà existantes ou à promouvoir sur le terrain, mais aussi pour mesurer l'écart inévitable entre les procédures d'évaluation et l'objet qu'elles sont censées évaluer.

Comme le dit Christophe Dejours, l'évaluation est une problématique hésitante :

" L'évaluation passe en général pour une opération allant de soi. Elle est tenue par tout être raisonnable pour légitime et souhaitable... Il y a pourtant, de longue date, des raisons d'adopter en la matière une position plus circonspecte ".

C'est avec cette motivation que l'Université Libre de Bruxelles, l'Université Catholique de Louvain, l'Institut Wallon pour la Santé Mentale et la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale se sont associés pour proposer un Colloque consacré à l'inventaire des pratiques actuelles ou à découvrir, aux questions de méthode et d'éthique soulevées par l'évaluation, ainsi qu'à ses perspectives et finalités. Une large place sera dévolue à la discussion dans les tables rondes avec la participation des pouvoirs publics et subsidiaires, des praticiens et des universitaires ou chercheurs.

Les 25 et 26 avril 2005, deux journées pour une première évaluation de l'évaluation

# L'évaluation des pratiques dans le champ de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Dr. Jean-Paul MATOT,  
pédopsychiatre,  
médecin-directeur du S.S.M. à l'U.L.B.,  
vice-président de la L.B.F.S.M.

*" Satellite des neurosciences, d'un côté, dans la mesure où elle n'a plus guère d'autonomie vis à vis d'elles, besoin de répondre aux demandes sociales, de l'autre, la psychiatrie se trouve face à la nécessité de repenser ses références : comment définir et conceptualiser la notion de pathologie mentale aujourd'hui ? "*

Alain EHRENBORG,  
in *La fatigue d'être soi.*  
Odile Jacob, Paris, 1998 p 255

On peut distinguer deux grandes étapes dans l'évolution de la compréhension des troubles mentaux depuis quarante ans, dans la foulée de la contestation apportée par le mouvement antipsychiatrique :

- première étape, l'élargissement de la conception du développement du psychisme individuel, et de ses avatars, partant d'une description centrée sur les processus intrapsychiques (que ce soit dans les termes de la psychologie cognitive de Piaget ou dans ceux du développement psycho-affectif envisagé par la psychanalyse) pour intégrer la dynamique interactive entre les compétences propres d'un bébé et son inscription familiale (apport des théories systémiques et de la clinique des entretiens familiaux) ;
- seconde étape, qui émerge depuis quelques années, où le fonctionnement mental individuel inscrit dans une dynamique familiale est envisagé dans sa dépendance aux structures sociales et culturelles.

Dans le domaine de la psychanalyse, ces conceptions ont été ébauchées par quelques rares auteurs, tels J. Bleger (1971) avec le concept de sociabilité syncrétique, P. Aulagnier avec celui de contrat narcissique (1975), et R. Kaës (1988) qui prolonge et développe les intuitions des deux premiers cités.

Dans le domaine des sciences humaines, cette conception de l'humain est largement diffusée ; E. Morin (1991) a proposé le concept de noosphère pour en rendre compte :

*"Toute société humaine engendre sa noosphère, sphère des choses de l'esprit, savoirs, croyances, mythes, légendes, idées, où des êtres nés de l'esprit, génies, dieux, idées forces, ont pris vie à partir de la croyance et de la foi.*

*La noosphère, milieu conducteur et messenger de l'esprit humain, nous fait communiquer avec le monde tout en faisant écran entre nous et le monde ...*

*La noosphère enveloppe les humains, tout en faisant partie d'eux-mêmes ... Tout en étant dépendante des esprits humains et d'une culture, elle émerge de façon autonome dans et par cette dépendance."*

(Morin, 2001)

L'évolution des modèles du fonctionnement mental, et des pratiques cliniques qui en découlent, doit ainsi être replacée dans le contexte plus large des évolutions des sociétés occidentales :

- Evolution des techniques, et prise de conscience de la modification des rapports de l'homme à la technique : l'autonomisation du développement technologique détermine désormais l'évolution des sociétés et les transformations culturelles (B. Stiegler, 1994 ; B. Gille, 1977 ; J. Habermas, 1973 ; A. Leroi-Gourhan, 1943, 1945 ; G. Simondon, 1958)
- Changements des modèles macroéconomiques, qui modifient les rapports entre l'individu et les politiques publiques : la cruauté sociale aggravée (M. Rocard, 2004) d'un système capitaliste soustrait aux grandes régulations étatiques, dans un contexte de mondialisation des échanges dont découle une interdépendance généralisée des états et des peuples.  
Trois grands phénomènes influencent les transformations sociales que nous connaissons : l'évolution globale du monde vers un fonctionnement démocratique, sous l'effet conjugué de l'alphabétisation de masse et du contrôle des naissances (Todd, 2002) ;  
la dégradation des pratiques démocratiques dans les états occidentaux, liée à l'émergence des oligarchies ; et enfin, la nécessité pour les Etats-Unis d'entretenir une insécurité planétaire pour maintenir sous perfusion leur économie par un déficit monumental de leur balance commerciale (Todd, 2002)
- Evolution des valeurs et représentations sociales :  
changements des fonctionnements familiaux, avec le passage des paradigmes de l'autorité, de l'interdit, de la culpabilité et de la névrose à ceux de la réussite, de l'insuffisance, de la honte et de la dépression (Ehrenberg, 1998) ;  
dépérissement du consensus social sur les règles d'éducation des enfants, sur la discipline, le fonctionnement de la vie familiale, les règles de vie, qui renforce la relation de désir et donc de proximité entre l'enfant et ses parents ;  
évolution de la société actuelle qui favorise la liberté et la réussite individuelle, génère moins d'interdits mais sollicite plus l'enfant et encore davantage l'adolescent au niveau de ses capacités, d'autant que les exigences de réussite se sont accrues, faisant d'autant plus ressortir les besoins de dépendance (Jeammet, 2001)

## Conséquences au niveau de l'évaluation des soins de santé mentale

L'évaluation doit s'envisager comme une démarche visant à appréhender de la manière la plus large possible les différents niveaux qui sont impliqués dans la santé :

- niveau de la santé de l'individu et de l'efficacité des traitements prodigués ;
- niveau des implications sur la santé des populations des choix effectués en matière de dispositifs de soins ;
- niveau des implications sur la santé publique des évolutions sociales globales.

Cette approche vaut bien entendu également pour l'évaluation des soins en santé mentale.

Ainsi, les statistiques de l'évolution des taux de prévalence des affections psychiatriques (dépression, schizophrénie, ...), les études sur l'efficacité comparée des psychotropes, ou sur les effets des psychothérapies, ne deviennent significatives du point de vue de la santé publique que si elles sont replacées dans le cadre plus large de l'évolution des moyens et du fonctionnement de l'ensemble des dispositifs de soins et d'assistance,

### 1°) l'évaluation des pratiques des différents intervenants et dispositifs

Le premier niveau de l'évaluation, c'est celui de l'évaluation de nos dispositifs thérapeutiques. Par rapport à la nécessité de porter un regard critique sur nos pratiques avec nos patients, dans l'ensemble, nos dispositifs d'évaluation, bien arrimés à nos formations, à nos cliniques, à nos dispositifs institutionnels, à nos référents théoriques, fonctionnent tout à fait convenablement. En témoignent les longues années de formation, les supervisions, les réunions d'équipes, les réflexions institutionnelles, les participations à des journées scientifiques et à des congrès. Bien entendu, il faut toujours rester vigilants, il y a toujours des exceptions, mais globalement je pense que l'évaluation dans notre domaine

est intimement liée à nos pratiques, qu'elle constitue dès lors un tiers satisfaisant et nous permet de faire progresser à la fois les pratiques et les théories.

Un autre domaine est celui des recherches sur l'efficacité des traitements ; il s'agit d'une entreprise difficile sur le plan méthodologique, où le risque de biais est très important et où l'instrument de mesure doit être cohérent avec la logique propre de l'outil thérapeutique que l'on veut évaluer.

## 2°) l'évaluation de l'organisation des dispositifs de soins et de prévention ;

Le second niveau de l'évaluation, c'est celui qui envisage la question de la cohérence globale des dispositifs de soins, c'est-à-dire la manière dont ces dispositifs répondent ou non à la diversité des psychopathologies qui se manifestent au sein d'une société, mais également l'impact des options prises au niveau de la politique des soins sur la santé publique.

Pour aborder correctement cette question, il est nécessaire que nous ne nous limitions pas à étudier les dispositifs dans lesquels nous sommes impliqués, mais que nous cherchions à mettre en évidence les chaînons manquants ; pour cela, il est nécessaire d'une part d'envisager les aspects " ségrégatifs " de nos pratiques et les défauts de complémentarité de nos dispositifs ; et, d'autre part - et peut-être plus encore - d'écouter ce qu'ont à nous dire de nos pratiques les professionnels d'autres champs de l'enfance et de l'adolescence, celui de la pédiatrie, de l'éducation, de la culture, de l'aide à la jeunesse, de la justice des mineurs, pour ne citer que les plus importants.

A titre d'exemple, je citerai deux travaux récents dans auxquels j'ai participé :

- le premier est une étude rétrospective de l'adéquation des dispositifs de soins pédopsychiatriques à Bruxelles à partir de l'analyse d'une cohorte de patients ayant consulté dans un Service de Santé Mentale (Cailliau et coll. 2001) ; nous avons entrepris un travail consistant à tenter d'évaluer, sur base de l'analyse rétrospective de l'ensemble des nouvelles situations cliniques reçues par l'équipe " Enfants-Adolescents " de notre Centre de Guidance en 1998 (n=110), le degré d'adéquation de nos modalités d'accueil, d'exploration diagnostique et des solutions thérapeutiques que nous pouvons proposer aux demandes qui nous sont adressées. Nous avons également tenté de repérer quelques caractéristiques des situations pour lesquelles aucune prise en charge thérapeutique satisfaisante (selon nos critères subjectifs de cliniciens) ne pouvait être proposée, et de définir le type de structures qui seraient susceptibles d'y répondre ;
- le second est une recherche menée en collaboration entre le groupe " psychiatrie infanto-juvénile " de la Plate Forme de concertation pour la santé mentale et le CAAJ de Bruxelles (Moriau, 2003) ; ce travail examine les itinéraires des " jeunes en difficulté " entre les dispositifs de soins ambulatoires et résidentiels, les dispositifs de l'AAJ, et les ex-IMP.

Les dimensions économiques sous-jacentes aux choix en matière de politique de santé doivent également retenir notre attention. Ainsi, aux Etats-Unis, en 2003, 45 millions de personnes, soit 15,6% de la population, n'étaient pas couvertes par une assurance soins de santé, contre 31 millions, soit 12,9%, en 1987. Le coût moyen de la prime d'assurance familiale a augmenté de près de 60% en quatre ans. Le renchérissement de l'assurance-maladie - et donc l'augmentation du nombre de personnes non couvertes - est la conséquence de l'augmentation des dépenses de santé, dont la progression résulte, avant tout, du développement des techniques médicales (Le Monde, 13 octobre 2004).

## 3°) l'évaluation de la place du soin et de la prévention dans le champ social.

Le troisième niveau de l'évaluation, c'est celui qui vise à comprendre la place qu'occupent les dispositifs de soins de santé mentale dans l'organisation sociale : ou, pour le dire simplement, se demander dans quelle pièce nous jouons. Pour cela, il est nécessaire de faire appel à d'autres disciplines, philosophes, sociologues, juristes. Je vais vous donner un bref exemple du type de données à partir desquelles ce type d'évaluation peut se faire : il s'agit de trois articles du Monde.

Dans le numéro du 15 octobre 2004, on lit que la violence scolaire en France a augmenté de 12% en 2003-2004 dans les collèges et lycées selon les données de l'Education Nationale. Suit une description des types de faits signalés par les chefs d'établissement. La journaliste rappelle qu'en juin de la même année, les syndicats avaient mis en parallèle ce regain de violence avec la suppression de 10.000 postes d'aides-éducateurs. Par contre, la journaliste ne mentionne pas un autre article du Monde, paru dix jours plus

tôt, article écrit par une autre journaliste, qui relatait la signature d'un protocole d'accord entre le ministre de l'intérieur et le ministre de l'éducation nationale. Ce protocole qui vise, nous dit-on, à "poser les bases d'une relation complémentaire et constructive", prévoit que "chaque chef d'établissement aura désormais un correspondant policier ou gendarme" qui entretiendra avec lui "des relations fréquentes et personnalisées" assurant "la réactivité et la pertinence des interventions éventuelles". Un psychiatre qui aborde ces questions de manière intéressante est C. Dejours (2000) : il travaille sur la psychopathologie du travail, et montre que l'augmentation des troubles psychiques peut être mise en rapport avec les modifications de l'organisation du travail dans le sens d'une individualisation de la responsabilité et de la perte des étayages groupaux.

Pour conclure, sur une note optimiste, je défends l'idée que lorsqu'on envisage la problématique de l'évaluation des soins de santé mentale simultanément à ces trois niveaux, il devient possible de dégager des convergences avec d'autres champs de la société, d'accroître la visibilité de nos pratiques, de mieux faire partager la pertinence de nos modèles, et finalement d'inverser le rapport de force qui semblait à première vue être en faveur des tenants d'une réduction technocratique et marchande de la psychiatrie.

octobre 2004

### bibliographie

- Aulagnier P. (1975) : *La violence de l'interprétation*. PUF, Paris
- Bleger J. (1988) : *Le groupe comme institution et le groupe dans les institutions*. In : Kaës R. : *L'institution et les institutions*. Dunod, Paris, pp 47 - 61
- Cailliau M., Lam H., De Buck C., Matot J-P. (2001) : *Etude rétrospective de l'adéquation des dispositifs de soins pédopsychiatriques à Bruxelles à partir de l'analyse d'une cohorte de patients ayant consulté dans un Service de Santé Mentale*. *Enfances, Adolescences*, 2 : 87-110
- Dejours C. (2000) : *Travail, usure mentale*. Bayard, Paris
- Ehrenberg A. (1998) : *La fatigue d'être soi*. Dépression et société. Odile Jacob, Paris.
- Gille B. (1977) : *Histoire des techniques*, Gallimard, Paris
- Habermas J. (1973) : *La technique et la science comme idéologie*. Gallimard, Paris
- Jeammet Ph., Corcos M. (2001) : *Evolution des problématiques à l'adolescence : L'émergence de la dépendance et ses aménagements*. In *Références en Psychiatrie*, Doin Ed, Paris, 94 p.
- Ladrière J. (1977) : *Les enjeux de la rationalité*, Aubier Montaigne, Paris
- Leroi-Gourhan A. (1943) : *L'homme et la matière*, Albin Michel, Paris
- Leroi-Gourhan A. (1945) : *Milieu et techniques*, Albin Michel, Paris
- Kaës R. (1988) : *Réalité psychique et souffrance dans les institutions*. In : *L'institution et les institutions* ; Dunod, Paris, pp 1 - 46
- Matot J-P., Ribourdouille M. (2001) : *Quelques réflexions et propositions relatives aux dispositifs de soins et de prévention en psychiatrie infanto-juvénile*. *Enfances, Adolescences*, 1 : 93 - 114
- Moriau J., Levy L., Matot J-P. (2004) : *L'impossible prise en charge des jeunes à la limite de l'aide à la jeunesse et de la psychiatrie*. Plate forme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale
- Morin E. (1991) : *Les Idées. Leur habitat, leur vie, leurs mœurs, leur organisation*. Seuil, Paris.
- Morin E. (2001) : *L'identité humaine*. Seuil, Paris, 288 p
- Rocard M. (2004) : *De l'Europe, du socialisme et de la dignité*. *Le Monde*, Paris, 22 septembre
- Simondon G. (1958) : *Du mode d'existence des objets techniques*, Aubier, Paris
- Stiegler B. (1994) : *La technique et le temps. I. La faute d'Epiméthée*. Galilée, Paris
- Todd E. (2002) : *Après l'empire*. Gallimard, Paris, 233p

# Le désir évalué

Bruno de HALLEUX,  
directeur thérapeutique de l'Antenne 110

Dans le projet d'une nouvelle convention que l'I.N.A.M.I. nous demande de signer, il est stipulé que *"l'évaluation clinique du bénéficiaire est réalisée avec un tiers capable de quantifier l'évolution de ses troubles et de leurs conséquences sous l'effet de la rééducation, au moyen d'outils psychométriques adéquats"*

Ce qui est demandé par l'I.N.A.M.I. est une évaluation quantitative des progrès de l'enfant au niveau de ses fonctions cognitives, de ses capacités d'expression et de communication et de sa capacité de relation sociale adaptée au contexte.

Ce type d'évaluation, quantitative et psychométrique, est une façon de transformer notre clinique. Le fait même de vouloir mesurer, de vouloir évaluer un enfant transforme cet enfant en un sujet évalué. L'évaluation quantitative opère une transformation de l'être en une multitude d'items répondant à une échelle normative. Ces items permettent d'obtenir des valeurs comparables. A partir de là, on pourra comparer les sujets évalués. On pourra comparer leurs émotions, leur sexualité, leurs comportements, leurs conduites. Ce type d'évaluation fabrique un nouveau sujet qui répond à un univers homogène puisque tout sujet évalué peut dès lors être comparé.

Jusqu'il y a peu, notre clinique à l'Antenne 110 relevait du "un par un", d'une interrogation sur la position subjective de chaque enfant dans son rapport à son désir et à sa jouissance.

Aujourd'hui, l'I.N.A.M.I. nous demande de faire tester les enfants par une instance tierce afin d'encoder des valeurs, de les comparer avec celles d'autres centres s'occupant d'enfants semblables et de pouvoir ainsi prendre la mesure de notre efficacité. Tout cela dans un but à peine voilé de savoir ce que cela coûte et ce que cela rapporte. Autrement dit, et de façon plus globale, l'évaluation est un autre nom de la généralisation du rapport coût-profit sur toute activité humaine.

Notons que ce type d'évaluation est homogène à la conception que les comportementalistes ont de l'autisme. Leur conception de l'autisme, on le sait, est une conception du handicap. Leurs méthodes de rééducations sont calquées sur les évaluations psychométriques. Le handicap de l'autisme est un déficit que l'enfant emporte avec lui et qu'il faut réduire.

Quand nous parlons d'un enfant autiste, nous disons qu'il **est** autiste. Quand les comportementalistes en parlent, ils disent : un enfant qui **a** de l'autisme.

A l'Antenne 110, le cœur de notre travail est de permettre l'émergence d'une position subjective chez un enfant ou pour le dire en raccourci, l'émergence d'un désir.

Or le désir ne naît pas du vide. Il y faut une offre et une offre qui réponde à des conditions strictes. Autrement dit, il y faut le désir d'un éducateur, d'un logopède ou d'un psychologue soit le désir de ce que Jacques Lacan abrège en grand A. Il y faut la dimension du désir d'un Autre.

Ce désir de l'Autre se décline en de multiples occurrences qui vont d'une offre réglée du soignant à la mise en place d'une stratégie d'équipe qui vise *in fine* à s'inclure dans le parcours d'un sujet autiste. Ainsi, Thomas, à son arrivée à l'Antenne, n'était absolument pas prêt à intégrer un apprentissage pédagogique : dans la classe de logopédie, il ne répondait pas aux questions, n'écoutait pas les consignes, ne dévoilait rien de ce qu'il savait. Il tenait toujours à la main un bâton, objet préférentiel auquel il imprimait sans cesse un battement. Plutôt que de donner à ce comportement le statut restreint d'une simple stéréotypie dysfonctionnelle à éliminer d'emblée, nous avons fait l'hypothèse que cet

intérêt pour un bâton avait une fonction et nous l'avons, dès lors, utilisé comme point de départ d'un travail individualisé. C'est ce qui a permis à Thomas de s'intéresser ensuite au battant de la cloche de l'église de Genval, puis aux deux aiguilles de l'horloge de cette même église, ce qui lui a donné l'envie d'apprendre à lire l'heure et pour cela d'apprendre les chiffres avec la logopède, d'abord de 1 à 12 (cadran de l'horloge), puis de 13 à 24 (24 heures du jour), puis jusqu'à 60 (60 minutes par heure), etc.

Dès lors, les ateliers qui, durant quelques semaines, ont eu pour but d'aller examiner église, cloche et horloge ont permis de tracer un chemin depuis l'objet préférentiel de l'enfant jusqu'à l'apprentissage des chiffres, puis des lettres et ont fait naître de surcroît chez lui un goût et une motivation pour l'apprentissage pédagogique.

Dans une revue de psychanalyse (*Quarto N° 42*), consacrée aux psychothérapies, Eric Laurent relate l'effort louable (mais vain me semble-t-il) d'une équipe Suisse pour la mise en place d'un système qui prendrait en compte le point de vue relationnel de la médecine et plus spécialement de l'offre de soins. Ce projet, le projet *TARMED*, détaille en quatre mille six cents "gestes" l'ensemble des prestations médicales effectuées en ambulatoire. Chacune de ces prestations vaut un certain nombre de points qui permettent de calculer son coût (...). C'est le système le plus exhaustif jamais vu. En outre, le système intègre des facteurs individualisants. La valeur d'un point dépend de l'acte "objectif", de la formation du médecin qui l'accomplit et du degré de technicité de la structure médicale où l'acte est accompli.

A l'Antenne, nous n'avons jamais eu l'idée que nos gestes puissent être détaillés de cette façon. D'abord parce que nos actes se règlent sur le sujet et qu'ils ne sont pas écrits à l'avance et ensuite parce qu'un tel projet, à l'instar du projet suisse, est un projet qui ne peut que mortifier complètement le désir du soignant à vouloir évaluer son acte.

Notre évaluation est qualitative, elle a lieu chaque semaine lors de nos réunions générales de synthèse. L'évaluation se retrouve aussi dans l'effort de l'équipe de rendre compte de notre travail clinique dans une revue que nous publions et qui a pour titre, "Preliminaire"

octobre 2004

## Epidémiologie et Services de Santé Mentale

Patricia SEUNIER,  
psychologue,  
Service de Santé Mentale La Passerelle - Ath

page 15

Depuis 1997 un processus de récolte de données à caractère épidémiologique est en cours dans les Services de Santé Mentale et Centre de Guidance qui dépendent du Ministère de la Région Wallonne. Ce processus est rendu obligatoire par le décret de 1996 qui organise l'agrément et le subventionnement des Services de Santé Mentale. Depuis 1996 plusieurs phases se sont succédées, réunissant différents partenaires concernés par la question : la Direction Générale de l'Action Sociale et de la Santé, le Conseil Régional des Services de Santé Mentale, la Ligue Wallonne pour la Santé Mentale et depuis 2003 l'Institut Wallon qui est donc en charge de procéder à la mise en place des nouvelles procédures de relevé de données.

n°6

En accord avec l'article 9 du Décret de 1996 la récolte de données doit permettre, après traitement, une meilleure connaissance des problèmes de santé mentale que rencontrent les services, d'évaluer le nombre et la localisation des services nécessaires, et de déterminer les types d'actions à mener.

Mental

Notons ce fait nouveau : l'épidémiologie ne sert pas à vérifier le bon usage des deniers publics par les services, ce qui est l'objet du rapport d'activité et de la visite annuelle de l'inspection, elle est au service, avec l'informatique qui lui sert de support, des processus de décisions au niveau des politiques de soins : grâce à l'épidémiologie, il s'agit de mieux connaître les problèmes de santé mentale que nous rencontrons, poser des choix et orienter des politiques.

Si les finalités sont ainsi énoncées, le traitement et l'analyse des données sont à l'heure actuelle encore dans l'ombre. Le gouvernement wallon procède actuellement ou va procéder à un appel d'offres auquel se présenteront probablement différentes institutions : universités, mutuelles, école de santé publique.

L'outil choisi, en tous cas retenu et dont l'usage est donc imposé depuis le début de l'année 2004 est un outil qui comprend deux types de variables : des variables à caractère socio-démographique sur lesquelles je ne me pencherai pas et des variables diagnostiques pour lesquelles le choix s'est porté sur une classification internationale proche du D.S.M. 4 : la C.I.M. 10 (Classification Internationale des Maladies-Dixième révision).

Chaque centre est ainsi tenu de choisir pour chaque patient au maximum 6 codes proposés par la nosographie, résumée dans un document de 45 pages, afin de constituer une " hypothèse diagnostique " et ceci après au maximum 3 entretiens. Ceux-ci sont établis par le thérapeute référent, quelque soit sa formation mais après une réunion d'équipe au cours de laquelle le médecin psychiatre du centre est présent. Je ne m'attarderai pas maintenant sur les questions qui se posent dans l'application concrète de la procédure.

Il apparaît que le choix d'une nosographie fait passer le souci de " définir les problèmes de santé mentale rencontrés " à une autre démarche qui est celle d'obtenir " des données sur la population qui consulte ", d'établir son profil. De la définition du problème qui est adressé au service de santé mentale à l'information sur les personnes qui consultent, il y a sans doute une subtile différence mais qui me semble à relever.

Il est également à noter que le choix d'une classification internationale comme la C.I.M. 10 rapproche les Services de Santé Mentale d'autres structures dans lesquelles ce type d'outil est utilisé depuis longtemps et produit, chez certains en tous cas, un malaise dont les coordonnées sont similaires.

L'histoire du D.S.M. est à ce propos éclairante. On y apprend que sa naissance est motivée par la difficulté d'obtenir des diagnostics fiables et valides indépendamment des différentes théories psychopathologiques en cours. L'hétérogénéité des doctrines sur les causes des maladies rend ainsi le champ psychiatrique impropre à être une authentique discipline médicale. La construction d'une langue commune établissant un consensus non plus sur les causes mais plutôt sur la notion de syndrome, c'est-à-dire sur la description par un observateur qui se devrait être objectif d'un ensemble de symptômes observables et fixé à un moment donné veut résoudre ce problème.

N'est-ce pas exactement à ce même point que nous sommes confrontés : comment repérer le profil des consultants des S.S.M. si chacun parle avec sa langue ? L'usage de l'outil diagnostique a donc cet objectif : proposer un langage commun pour rendre l'objet lisible et traitable, pour pouvoir le comparer, le mettre en courbe, en échelle.

Par ailleurs, comme pour le D.S.M. 4, la C.I.M. 10 tend à être un outil utilisable par tous les travailleurs de la santé mentale, mais aussi par les gestionnaires de la santé et par les autorités politiques, c'est-à-dire que l'outil sert au dialogue avec les cliniciens. C'est a priori positif mais cela produit aussi une sorte de confusion de niveau : au nom de la recherche épidémiologique, il s'agirait d'établir les hypothèses diagnostiques " à la façon " C.I.M. 10.

Pourtant, l'homme construit par ces outils n'est pas celui que nous rencontrons. Peut-être y a-t-il une dimension de croyance en ce point, voire de foi. L'homme de l'outil est un homme sans subjectivité, un homme dont la souffrance est découpée en troubles objectivables à la manière d'un symptôme médical, c'est aussi un homme qui a perdu son " épaisseur temporelle ". L'homme que nous rencontrons est un homme dont la " maladie ", le " mal-être " se construit, comme toute la dimension du psychisme d'ailleurs,



en relation avec autre chose que lui-même, en relation avec son entourage, articulé à la dimension sociale. En cela, c'est un homme en relation aussi avec celui qui l'observe, celui qui l'écoute et dialogue avec lui. De ce fait, il n'y a pas d'observation objective.

Plus précisément l'homme de l'outil n'est pas une partie de l'homme que nous rencontrons, une partie à laquelle il faudrait ajouter une autre pour le rendre complet. L'homme de l'outil est un homme modifié par l'outil, substantiellement : à la sortie il n'est plus le même qu'à l'entrée, une fois passé par l'outil, il n'est plus le même.

Ceci est important parce que si l'outil épidémiologique permet d'établir le profil de la population rencontrée, il n'est pas sans rapport avec la définition du travail qui se fait en S.S.M. , et donc sur son identité. En effet, toute procédure diagnostique recèle une certaine conception de l'homme mais aussi de son traitement. Se profilerait ici un danger majeur. A l'homme cerné par le comportement manifeste et le symptôme entendu comme troubles morcelés non référés à une hypothèse causale - un traitement par le comportement ou par la biologie comme modalité " médicale " de traitement du symptôme.

Bien sûr nous n'en sommes pas là et cette inquiétude n'a peut-être pas sa place. Je ne peux néanmoins m'empêcher d'attirer l'attention sur le fait que la spécificité de l'ambulatoire en S.S.M. notamment réside justement dans le fait que celui-ci est parvenu à dégager au fil des années une figure particulière du " sujet ". Je m'inspire pour ceci du texte fort éclairant de J. De Munck : " TRANSFORMATION DES INSTITUTIONS ET MUTATION DES NORMES CITOYENNES ". Il y a un choix éthique et méthodologique qui préside à l'accueil de celui qui souffre : " il n'y a pas de sujet isolé et souverain " (tel celui produit par l'idéologie moderne), c'est un sujet qui est au contraire toujours en interaction avec l'extérieur et cette interaction est au centre de la subjectivité. Ce choix s'incarne quotidiennement dans les modalités de l'accueil et de l'accompagnement des problématiques rencontrées chez un individu, dans une famille, dans un quartier. Ainsi, une des spécificités majeures qu'apporte le secteur ambulatoire à la politique de santé publique est une certaine conception du soin, qu'il soit du corps ou de l'esprit, d'ailleurs. Il s'y trouve contextualisé, rendant souvent nécessaire l'invention de fonctionnements collectifs originaux, voire l'invention d'alternatives institutionnelles. L'auteur ajoute : " Il est à ce titre un laboratoire de la santé du XXIème siècle ".

Alors, comment articuler aujourd'hui la mise en place et l'application d'une recherche épidémiologique usant d'une codification diagnostique pour mieux cerner le profil psychologique et psychiatrique des consultants et l'originalité du projet - projet thérapeutique, projet sociétal et donc aussi politique qui définit et porte le travail en S.S.M. ?

De quels types d'éléments peut-être s'agirait-il d'accompagner la lecture des résultats de la recherche épidémiologique pour infléchir " l'erreur ", l'erreur substantielle qu'elle produit ?

Ne pourrait-on travailler à spécifier plus finement les problèmes qui se posent, le contenu des plaintes qui nous sont adressées afin de profiler et de chiffrer même des problématiques plutôt que des individus ? Ou, autre voie, n'y aurait-il pas lieu de pointer et d'objectiver ce qui de la demande qui nous est adressée n'apparaîtra que tronqué ou n'apparaîtra pas du tout dans la photographie C.I.M. 10 ?

L'enjeu est de taille car il est raisonnable de se demander ce que seront les effets de l'application de ces nouvelles procédures sur le travail qui se déroule au quotidien et sur ses conditions de faisabilité.

Je précise que ce texte a pu s'écrire grâce aux apports de collègues plus et moins proches. Je les en remercie. Néanmoins, il n'est pas un texte collectif. Les idées émises notamment à la fin du texte n'engagent aujourd'hui que l'auteur.

octobre 2004

# Evaluation et I.H.P., deux modèles.

Thierry VAN de WIJNGAERT,  
président de la Fédération Francophone  
des Initiatives d'Habitations Protégées (F.F.I.H.P.)

## Une nécessité légitime

Dans le secteur des Initiatives d'Habitations Protégées, nous sommes confrontés à une triple obligation de " rendre compte " de nos activités. Aucune des 3 n'est nommée évaluation. Pourtant, la transmission de ces informations fait partie de ce qu'on peut appeler le contrat entre chaque IHP et les autorités publiques. Il s'agit du rapport d'activités annuel, sur lequel je ne m'arrêterai pas, du Résumé Psychiatrique Minimal (RPM) que nous demande de remplir, tous les semestres, le ministère fédéral de la santé et du dossier d'agrément que nous devons remettre dans une version réactualisée aux autorités régionales tous les 5 ans.

Pour une réflexion générale sur l'évaluation, il est enseignant de comparer ces deux modalités de questionnement de notre travail. En effet, nous avons ici représenté deux orientations polaires de l'évaluation.

D'un côté, des experts ont construit un modèle fermé, sur base d'une conception a priori de notre objet de travail sans tenir compte de critiques fondées des représentants de terrain. De l'autre, c'est une élaboration commune entre pouvoir public et représentants du secteur qui a donné lieu à une structure ouverte, sur base d'une approche prudente des visées, des méthodes et des résultats thérapeutiques du secteur.

Selon un document officiel du ministère de la santé, le but du RPM<sup>1</sup> est " de soutenir la politique de santé à mener en ce qui concerne la détermination des besoins en équipement, la définition des normes qualitatives et quantitatives d'agrément, l'organisation du financement y compris le contrôle de l'utilisation efficace des allocations de fond publics et enfin l'élaboration d'une politique sur base de données épidémiologiques ". Concrètement, c'est un questionnaire récoltant des données purement quantitatives. Il ne s'agit que de cocher des petites cases où sont mélangées des données descriptives de la population sur les plans clinique et sociologique à l'entrée et à la sortie, des données centrées sur des examens et des actes posés. Si les quatre dimensions visées sont légitimes, leur regroupement à travers le RPM est éthiquement questionnant et, techniquement, il n'est tout simplement pas à la hauteur, sauf comme promotion d'un certain discours comme nous allons prendre le temps de le démontrer.

Pour sa part, en région bruxelloise et uniquement pour les structures IHP dépendant de la COCOF, le dossier d'agrément a une structure ouverte. C'est-à-dire qu'à côté des quelques données administratives et de données chiffrées à caractère clairement épidémiologique, il nous est demandé un travail d'écriture sur le projet, sur notre conception du travail et enfin des récits de cas pour donner une idée de ce que nous considérons être une réussite et une impasse thérapeutique suite à un séjour en IHP.

## Lien social et plus value comptable.

Le développement que je vais faire, veut éclairer comment, à l'heure actuelle, les préoccupations légitimes des pouvoirs publics telles qu'elles sont listées dans le but du RPM tendent à être reprises et amalgamées, sous le seul terme d'évaluation et selon une méthodologie uniforme. Cette fusion des registres est vrai-

ment problématique parce qu'elle fait passer au registre comptable des dimensions inquantifiables. Nous prenons la liberté de définir ce dernier terme comme ce dont on ne peut estimer la fiabilité par la quantification.

Probablement, ce mouvement se fait de façon inconsciente du fait d'être le fruit d'une propagande de l'idéologie dominante de notre époque qui promeut, ou plutôt presse, les pouvoirs publics pour qu'ils s'inspirent du monde de l'entreprise pour penser leur mission et la gestion de l'état. Dans cette perspective, l'évaluation apparaît comme l'instrument par excellence de légitimation des décisions prises par les gouvernants.

Ce qui est particulièrement problématique, c'est précisément l'exportation simple des coordonnées et des modalités de l'évaluation de ce secteur dont l'objet et les visées sont absolument incommensurables aux nôtres.

L'évaluation est pensée à partir du management dans un secteur visant la réalisation de plus-value financière via la production industrielle d'objets standardisés. Le "facteur humain" n'y est appréhendé que dans cette perspective sans souci ni intérêt pour la question du lien social au sein d'une société sans extériorité comme en ont la charge les responsables politiques. Œuvrer au "vivre ensemble" n'est pas réductible à la seule dimension de "production de plus-value comptable".

### La séduction par la "qualité"

Sous un habillage de plus en plus sophistiqué et toujours renouvelé pour dépasser les critiques et donner l'illusion d'un progrès, les *maîtres-consultants* ont promu dans les années 80 et 90 une approche managériale centrée sur le terme de "qualité"<sup>2</sup>. A côté de la plus-value attendue par les actionnaires, l'élément majeur de cette stratégie est l'idéal de la satisfaction de tous, d'une part du client et d'autre part de tous les acteurs de la production allant du PDG jusqu'à l'ouvrier non qualifié.

Un autre aspect essentiel des démarches "qualité", c'est d'être indissociables des idéaux de prévisibilité, de traçabilité, de transparence et de rationalisation des procédures de production.

C'est-à-dire que les processus de production successifs doivent être préalablement définis dans le moindre détail et ensuite être entièrement respectés. L'évaluation au cours et en fin de processus vise à vérifier la conformité des produits et du travail aux normes préalablement établies selon une approche uniquement quantitative. Nulle donnée n'est pertinente si elle ne prend pas une forme quantitative.

Ce modèle qui prêche l'excellence, la qualité et la satisfaction pour tous fait l'objet d'un véritable culte qui trouve sa légitimité dans une prétention de rigueur et de pragmatisme scientifique. Or cette rhétorique sert avant tout de voile à la promotion d'une idéologie.<sup>3</sup>

### Impasses d' "homo technicus"

Dans la confrontation à la réalité du terrain de la production industrielle, il est évident que la satisfaction pour tous n'est pas au rendez-vous et que des critiques existent même si elles ont du mal à être entendues sous le flot continu de la propagande des bonnes nouvelles dont nous inondent les marchands de stratégies en management. Je vous propose d'évoquer brièvement trois critiques qui ne sont pas sans rapport avec nos préoccupations.

- D'abord, ce modèle produit une division du travail entre deux catégories sociales bien distinctes. D'une part les experts de l'organisation, de la planification et les experts des techniques constituent l'élite créatrice. Et d'autre part, on retrouve la masse des travailleurs qui effectuent des tâches standardisées. La réduction de l'autonomie des seconds par rapport à celles des premiers est génératrice de phénomènes contreproductifs liés à la démotivation conséquente de la désappropriation de leur travail.

- Deuxièmement, l'émergence d'incidents imprévus sortant des procédures programmées n'étant pas évitable, les acteurs de terrain sont face à un dilemme particulièrement générateur de stress. S'ils sont restés motivés et un brin intrépides, ils transgressent les procédures le plus discrètement possible et improvisent ce qui leur semble le plus adéquat en prenant le risque du blâme. S'ils sont plus craintifs et démotivés, ils choisissent de respecter la procédure et restent spectateurs du dysfonctionnement et de ses effets.

- Troisièmement, la satisfaction du client - qui n'a d'autre prétention que sa fidélisation - en passe par son inscription dans la même démarche que celle qui accompagne la production, à savoir la contractualisation de la relation commerciale. C'est-à-dire que l'insatisfaction n'est jaugée que dans le cadre de ce que le client peut contractuellement réclamer.

Dans ce cadre consumériste, cette logique managériale s'est évidemment étendue à toutes les entreprises productrices non seulement d'objets, mais aussi de services qu'ils soient privés ou publiques. C'est-à-dire jusque dans les administrations publiques.

C'est ce modèle, issu de la production en masse d'objets standardisés et qui promeut un contrôle quantitatif continu du processus qui se présente à nous aujourd'hui, sans que les questions soulevées sur son adéquation dans d'autres secteurs ne l'aient en rien altéré.

Ainsi, le passage du secteur de la production d'objet à celle de service a amené des questions importantes comme celle de savoir si un usager des services publics et un client étaient équivalents ? Ou encore les lois du management orientées par le profit maximal par la vente d'un service prédéterminé pour un plus grand nombre possible de clients sont-elles d'application en matière de services publics et a fortiori, pour se rapprocher de nos préoccupations, dans le secteur de la santé mentale ?

Cette question est d'autant plus pertinente que la littérature managériale ne cache pas que l'endoctrinement ou l'éducation des besoins du client fait partie intégrante du processus de production. Il s'agit de contrôler la mise en forme de la demande du client en fonction de ce que l'on a planifié de lui proposer à l'achat.

Il faut savoir qu'en Amérique du Nord, cette approche est déjà bien à l'œuvre dans le secteur de la santé mentale et constitue un horizon possible.

### Tenir compte de la complexité.

Je reviens aux IHP et à ces deux formes de rapports de leurs activités.

Le RPM, par sa forme, 11 blocs de cases à cocher, s'inscrit dans une logique exclusivement quantitative et limitative. On ne peut rendre compte que dans un cadre étroit orienté par une conception compatible avec le traitement comptable et statistique. (listes de symptômes à l'entrée, diagnostic selon le DSM IV, liste d'objectifs à l'entrée, listes de traitements, listes de symptômes à la sortie, etc...). Les items de traitement du RPM mettent en avant les aspects médicamenteux, ceux de nursing, d'apprentissage et de surveillance. C'est le règne du " oui-non ", " présence-absence " et de la gradation de signes ou d'actes posés sans la moindre place pour une dimension qualitative. Sous couvert de rigueur scientifique, ne sont retenus comme pertinents que les éléments d'observation et d'intervention répondant à l'impératif d'objectivation.

Les seules pratiques qui peuvent s'y retrouver, ce sont celles qui se structurent et se pensent comme un accompagnement comportemental de revalidation des capacités fonctionnelles mesurables et optimisables. La visée du traitement est une approche de la norme.

Ne peut s'y inscrire qu'une pratique qui se fonde sur une conception machinique de l'être humain, de l'être parlant et qui réduit la relation thérapeutique à un contrat de service entre deux personnes raisonnables. Le thérapeute est présenté comme un pur technicien interchangeable.

A travers ce type d'évaluation, se profile la promotion implicite de certaines conceptions de la santé mentale et de pratiques caractérisées par la négation de l'abord subjectif de la réalité tant pour le patient que pour le praticien, alors que fondamentalement la relation thérapeutique, comme phénomène de rencontre de deux subjectivités, est capitale dans le processus thérapeutique. Des études ont d'ailleurs démontré qu'à l'heure actuelle les résultats thérapeutiques varient plus en fonction du thérapeute que des théories et techniques auxquelles il se réfère. Faisons un pas de plus et affirmons que la dimension de l'art ou de l'artisanat, dont la caractéristique commune est de produire systématiquement quelque chose d'unique, est incontournable en santé mentale. Comme dans les disciplines artistiques, à chaque rencontre, il faut créer un processus nouveau en rapport avec les spécificités de la personne et de sa demande. Les aspects techniques et les références théoriques y sont toujours seconds.

Ensuite, la surestimation de la fonction d'un contrat fondée sur la rationalité des protagonistes est inadéquate dès lors que nous travaillons essentiellement avec des personnes dont la souffrance est d'abord associée au fait d'être le siège de phénomènes incontrôlables de pensée, de corps ou d'actes et

pour qui la façon d'être en relation est perturbée plus ou moins gravement par l'interprétation des intentions et sentiments de l'autre. Les idées de contrat et de processus thérapeutique standardisés excluent par principe ce qui est le cœur de nos pratiques, à savoir, l'aléa, l'imprévu, l'exception à chaque fois présente.

Enfin, je rappellerai que nous avons affaire à une réalité extrêmement complexe, qui comprend cette difficulté épistémologique indépassable qui est que le chercheur, le praticien fait toujours entièrement partie du dispositif qu'il étudie. Selon la pensée d'Edgar Morin, grand promoteur du concept de complexité, on pourrait dire que notre objet, la santé mentale, est difficile à définir parce qu'elle implique de multiples dimensions interdépendantes (biochimique, neurologique, psychologique, psychique, relationnelle, sociale, politique, éthique, etc...). Dans le même sens, nos pratiques sont aussi difficiles à évaluer parce que, ce qu'elles peuvent avoir comme effets relève également de cette complexité qui comprend, par essence, de l'inquantifiable.

Le RPM c'est aussi la reprise d'un modèle linéaire en trois temps issue de la tradition médicale : isolement d'un symptôme, application d'un traitement et effet sur le symptôme.

Ce modèle est doublement fautif au regard des coordonnées que nous venons de donner de notre objet. D'une part elle nie la dynamique interactive entre les différentes dimensions évoquées et d'autre part, elle pêche par une approche réductrice du symptôme. Le symptôme n'est pas réductible à un phénomène à supprimer. Il peut avoir une fonction régulatrice dans l'économie psychique d'un sujet. La recherche de son éradication peut mener après coup à une déstructuration psychique et à des comportements bien plus graves encore.

La clinique nous enseigne tous les jours que les équilibres précaires et les solutions construites par les patients, fussent-elles précaires, relèvent avant tout d'un bricolage singulier qui n'est en rien réductible à la conformité à des normes fonctionnelles.

Ce dont témoigne le RPM, c'est le résultat de cette tendance fréquente à la simplification par le recours à des modèles d'exportation alors que l'on a affaire à une réalité non seulement complexe, mais aussi largement non élucidée.

Le rapport d'agrément demandé par la COCOF, complété d'une conversation lors de l'inspection, contraste radicalement avec le RPM parce que son exigence de textes descriptifs pour tenter de bien dire nos fondements, notre dispositif et nos résultats respecte l'idée même que la santé mentale, son approche et son traitement doivent rester avant tout un objet d'étude et que par conséquent, la variété des approches a comme telle une valeur.

Ces textes et ces rapports que nous devons produire, ainsi que les conversations qui les éclairent, recèlent à mon sens des éléments bien plus pertinents pour penser l'organisation et la gestion des problèmes de santé publique.

Reste le travail de concertation et de réflexion tel que l'ont initié au niveau local, Les Assises de l'Ambulatoire bruxellois où l'importance de la conversation n'est pas écartée entre les représentants du Politique, de l'Administration, ainsi que des Secteurs Santé et Social.

février 2005

<sup>1</sup> Site web du service public fédéral, Santé publique, Direction générale de l'organisation des établissements de soins.

<sup>2</sup> On lira avec intérêt à ce sujet le livre de F. Mespelboom : *Au-delà de la qualité, conditions de travail et politiques du bonheur*. Ed. Syros, Paris 1999 (deuxième édition)

<sup>3</sup> Ainsi, lors d'un débat organisé par " Les Amis de l'Ecole de Paris du Management ", Michel Berry qui en était l'animateur, a introduit la discussion comme suit : " *La qualité totale est un sujet difficile à discuter, qui pourrait relever de la théologie tant elle peut apparaître comme une religion. Mettre en œuvre avec discernement le management par la qualité a parfois des effets merveilleux. [...] Des applications dogmatiques peuvent entraîner un fétichisme des méthodes et une dérive bureaucratique ou, pour garder la même image, un véritable intégrisme.* "

# De notre évaluation pour le travail clinique à la mesure de son efficacité.

Marc MINNEN ,  
licencié en psychologie,  
Foyer de l'Equipe.

*Article élaboré en collaboration avec des collègues du Foyer de l'Equipe  
et de la Fédération des Structures Psycho-Socio-Thérapeutiques*

L'institution où nous travaillons, comme c'est le cas de quelques autres ici présentes, s'inscrit depuis quarante ans dans l'Histoire de la psychiatrie. En quinze minutes, le temps nous manque pour retracer cette Histoire, même si nous nous bornons à celle de l'évaluation qui nous vaut d'être réunis ce jour. Essayons donc d'être contemporains en parant au plus pressé, tout en tâchant de viser au plus précis, jusque dans les nuances. Dans notre titre, nous essayons précisément d'introduire **un minimum de nuance entre l'évaluation et la mesure** .

En effet, pour notre part, c'est depuis 1964 que nous procédons à une évaluation de notre pratique clinique. Ceci est historiquement vérifiable à la simple lecture du rapport d'activités annuel. Cette évaluation s'appuie pour l'essentiel sur des histoires, celles qui arrivent à ceux que nous accueillons et, surtout, celles qu'ils nous racontent. Aujourd'hui, l'Histoire nous presse - en l'occurrence, notre pouvoir subsidiant, l'I.N.A.M.I. , nous prie instamment - de mesurer les résultats de la rééducation et, plus particulièrement, la situation professionnelle et la situation d'habitation de chaque sortant, étant entendu que le must de la réintégration psychosociale est de se trouver un travail et un logement comme vous et moi. Emoi dans notre monde. Pour peu, on nous demanderait de chiffrer la probabilité qui leur reste de pouvoir se trouver un travail et un logement. Dieu merci, ce n'est pas encore le cas, mais il y a déjà lieu d'insister sur **cette autre nuance entre la mesure statistique et le calcul probabiliste**. Dans ce dernier domaine, appliqué à la psychiatrie, toute tentative relève a priori de la fumisterie.

Revenons-en à l'injonction actuelle de l'Histoire et envisageons la possibilité d'y répondre oui, tout en ne lui obéissant pas au pied de la lettre. Telle est la gageure que nous avons essayé de soutenir et que je vais évoquer à présent sur la base d'un travail collectif, celui d'une Commission-Evaluation, créée dans le cadre d'un dialogue difficile entre l'I.N.A.M.I. et la F.S.P.S.T., la Fédération des Structures Psycho-Socio-Thérapeutiques, soit un certain nombre d'institutions psychiatriques extra-hospitalières ayant une convention avec l'I.N.A.M.I. . Celui-ci a annoncé il y a quelques temps à l'ensemble de ces institutions, dont chacune avait une convention particulière de rééducation fonctionnelle, qu'il était désormais temps de signer une convention commune à l'ensemble, institutions résidentielles et centre de jour confondus. Cette nouvelle et unique convention nous demandait d'évaluer les personnes qui s'adressent à l'institution pour y être prises en charge, durant celle-ci et au moment de leur sortie. Dans le projet initial , on nous demandait même de fournir des données résultant d'un suivi effectif au-delà de la sortie ou, à tout le moins, en prenant des renseignements auprès de l'institution suivante, dans laquelle un patient serait allé solliciter une nouvelle prise en charge. Pour des raisons éthiques évidentes, nous avons proposé la suppression de cette dernière clause ; encore nous a-t-il fallu, pour l'obtenir, user d'arguments économiques, tant la seule éthique s'avère difficilement audible, et, à tout le moins, insuffisante dans le cadre de telles négociations.

La Commission-Evaluation - constituée de représentants de neuf institutions, de jour comme de nuit, francophones comme néerlandophones, avec des références psychanalytiques ou autres - a entamé son travail par un constat mitigé : nous avons de la chance dans notre malheur. Pour notre malheur, l'I.N.A.M.I. nous demandait d'évaluer chaque patient en mesurant les progrès réalisés entre le début et la fin de la prise en charge, partant du principe que la rééducation devait porter sur un certain nombre d'habiletés, neuf au total, que lesdits patients étaient supposés avoir perdues ou ne s'y situer que de façon limitée. Ces neuf habiletés, sommairement décrites, émanaient - comme nous le découvriâmes assez vite - non de la science infuse du Collège des Médecins-Directeurs, mais bien d'une grille évaluative d'origine canadienne, prononcée jex - comme les tampons métalliques servant à récupérer les vieilles marmites qui adhèrent un peu trop - , mais écrite comme abréviation de " Grille d'Evaluation de la Compétence Sociale ".

Je vais prendre trois minutes de ce précieux temps pour dire quelques mots de cette grille, en m'arrêtant à la première habileté définie comme autonomie de base ; ce domaine recouvre - comme le précise la seule définition proposée par l'I.N.A.M.I. - les activités essentielles à la satisfaction des besoins personnels de base, à savoir : s'alimenter, se laver, éliminer et s'habiller. La grille canadienne propose une sorte de mixte évaluatif : soit l'idéal figure comme titre de l'item et s'ensuit une liste de déviations par rapport à la norme pré-établie (c'est le cas, par exemple, dans le domaine de l'alimentation, pour un item intitulé " Manger de façon adéquate " et définit comme suit : " Prendre les aliments en bouche, les mastiquer correctement et les avaler selon une séquence temporelle adéquate ". Les déviations, cotées - 1 , sont : " Avaler la nourriture sans la mastiquer, Prendre la bouchée suivante avant d'avoir avalé la première, Boire avec la nourriture en bouche, Laisser échapper de la nourriture de la bouche, et enfin Manger trop vite ou trop lentement " ), soit l'idéal normatif figure en tête de liste, coté 4 et les points suivants constitue une dégradation progressive de la norme, cotés 3 à 0 (c'est le cas, dernier exemple, dans le domaine intitulé " Toilette " pour l'item intitulé " Utiliser les toilettes " : soit l'idéal 4, " Se rendre spontanément à la toilette et éliminer, Utiliser le papier hygiénique, Tirer la chasse d'eau, Se laver les mains et Laisser l'endroit propre ", soit 3 " Utiliser la toilette sans souci de se laver les mains ou de laisser l'endroit propre ", soit 2 " Utiliser la toilette sans tirer la chasse d'eau ", soit 1 " Utiliser la toilette sans souci de propreté corporelle ", soit enfin 0 " Ne présente aucune socialisation du comportement d'élimination " ).

Restons-en là et tirons la chasse d'eau - ce sera plus propre - dans la mesure où cette grille canadienne nous propose la constitution progressive, touche après touche, d'une sorte de monstrueux golem qui n'est d'abord qu'un corps qui mange et s'habille correctement et est propre sur lui jusqu'à ses orifices les plus intimes ; ensuite, on observe s'il est capable de se débrouiller dans sa maison avant d'évaluer s'il est capable de s'y retrouver dans la cité ; ce n'est qu'en quatrième lieu qu'on s'aperçoit qu'il est doté de parole et on vérifie s'il s'en sert à bon escient, avant de s'assurer s'il est capable de s'insérer dans un groupe social et, ensuite, de bien se comporter sur son lieu de travail. Ceci s'inscrit évidemment en complet porte-à-faux par rapport aux convictions cliniques qui orientent notre travail.

J'ai dit tout à l'heure que nous avons de la chance dans notre malheur. En effet, l'I.N.A.M.I. se contente de nous livrer les définitions sommaires de ces neuf habiletés, sans faire aucune mention de la grille canadienne dont elles sont issues. C'est ce sur quoi a embrayé la Commission - Evaluation, à savoir : faire comme l'I.N.A.M.I., c'est-à-dire faire comme si cette grille n'existait pas. Nous avons donc opté pour un travail de redéfinition des sept habiletés qui nous paraissaient relativement compatibles avec notre pratique évaluative de longue date. Ainsi, pour ne reprendre que l'exemple déjà cité, nous avons proposé la définition suivante de l'autonomie de base : ce domaine recouvre les activités essentielles à la satisfaction des besoins personnels **et, plus globalement, la relation au corps telle qu'elle est perturbée dans les diverses pathologies.**

L'I.N.A.M.I. a accepté ceci sans réticences manifestes, mais la partie n'est pas gagnée pour autant. Elle ne fait au fond que commencer dans la mesure où il reste une série de questions à résoudre et de

nouvelles nuances à introduire. Je vous les livre pêle-mêle en guise de conclusion :

1° Avant d'entamer une telle démarche évaluative, nous devons avoir la réponse à la question de savoir **quels seront l'usage et le destin des évaluations demandées.**

Par exemple, si les données ne sont pas rendues " anonymes ", le risque est grand de voir poindre une évaluation qui porterait sur les performances de telle institution par rapport à telle autre, encourageant ainsi chaque institution à s'auto-encenser via l'évaluation et rendant ainsi parfaitement inutilisable une telle somme de travail.

2° Qui plus est, la mesure des résultats ne peut pas se confondre avec la mesure de l'efficacité d'une institution, de la même manière qu'en médecine **on ne confond jamais l'obligation de moyens avec l'obligation de résultats.**

3° Il est indispensable de souligner **la différence entre les données recueillies et l'interprétation de celles-ci** ; ceci est une nuance tout aussi fondamentale que les deux précédentes mises en exergue. A cet égard, la lecture des données chiffrées devrait être confiée à **une commission tri-partite**, composée de représentants de l'instance subsidiaire, de représentants des institutions subsidiées et d'experts indépendants qui seuls pourront éviter un affrontement duel où chaque protagoniste est à la fois juge et partie.

4° Enfin, nous devons exercer notre vigilance à l'endroit des effets du discours ségrégatif en multipliant les dialogues avec les Médecins-Conseils des Mutuelles et les politiques à leurs différents niveaux de compétence.

janvier 2005

## L'évaluation au sein d'un service psychiatrique hospitalier : *état actuel, écueils et perspectives*

Dr. Charles KORNREICH ,  
chef de clinique-adjoint  
à l'Institut de Psychiatrie CHU Brugmann

Dr. Jo JOOSTEN,  
médecin-chef  
au CHU Brugmann

### I. Introduction

L'évaluation du travail en milieu hospitalier se fait par de multiples intervenants et personnes intéressées. Ces évaluations peuvent être plus ou moins systématiques et construites. Les objectifs de celles-ci varient fortement en fonction des évaluateurs.

On peut ainsi distinguer :

#### L'autorité subsidiaire

L'autorité subsidiaire souhaite fournir à la collectivité un service au moindre coût. La question posée par l'évaluateur est la suivante : pour une pathologie donnée, quel est le coût total du séjour, un élément essentiel de ce coût étant la durée de séjour. L'enregistrement concerne surtout les diagnostics récoltés lors du séjour ainsi que les actes prestés. L'efficacité en terme de qualité de soins n'est en général pas



évaluée. C'est le principe de l'utilisation du RCM (Résumé Clinique Minimum), qui répertorie les diagnostics relevés en cours d'hospitalisation et la durée du séjour, étendu à d'autres types d'outils tels que le RPM (Résumé Psychiatrique Minimum), visant à mettre en place une politique de soins en santé mentale et sur lequel nous aurons l'occasion de revenir plus abondamment.

### Le pouvoir gestionnaire

La question du pouvoir gestionnaire, en général la direction administrative de l'hôpital, n'est pas complètement superposable à celle de l'autorité subsidiante. En effet, ici c'est la pérennité de l'institution, et donc sa rentabilité, qui est examinée et non celle du système de soins en général. Les paramètres pertinents sont les taux de remplissage et les durées de séjours dans la mesure où celles-ci ont un impact sur le financement. Le pouvoir gestionnaire se préoccupe de la qualité de manière indirecte dans la mesure où celle-ci influence l'attractivité de l'institution ce qui est susceptible d'avoir un impact sur sa santé financière.

### Les équipes professionnelles

Les questions posées par les différentes hiérarchies de l'hôpital ont trait à l'efficacité du personnel. Ces questions sont abordées au travers des évaluations réalisées sur l'efficacité du personnel : ponctualité, compétence, dévouement, implication, sens du travail d'équipe. L'évaluation peut aussi se faire au travers de bilans ponctuels réalisés par une équipe soignante : par exemple l'évaluation du taux de complications suite à une intervention si on parle en termes chirurgicaux ou infectieux ou encore l'adéquation des traitements psychotropes prescrits chez les patients d'une unité psychiatrique en fonction des pathologies. De nouveaux types d'enregistrements visant à optimiser les prises en charge des patients commencent à voir le jour. Ceux-ci répertorient les itinéraires cliniques en définissant des algorithmes visant à englober toutes les possibilités pouvant apparaître dans les prises en charge. Ce modèle est plus difficilement applicable à la psychiatrie, mais il semble que des applications soient possibles par exemple dans la dépression ou dans la démence.

### Le patient et sa famille

L'amélioration de son état rapidement et à moindre coût est en principe l'objectif du patient. Toutefois les notions d'amélioration sont parfois relatives en psychiatrie soit que le patient n'ait pas nécessairement conscience de son état soit qu'il ait intérêt à ne pas aller mieux. Plus que dans d'autres domaines, le patient psychiatrique est également un acteur de ce qui lui arrive et ne peut être vu uniquement comme un consommateur passif de soins.

Par ailleurs, le patient psychiatrique hospitalisé sous mesure de contrainte est rarement content de son sort. Son état est de plus souvent marqué par une déstructuration peu compatible avec le remplissage de questionnaires. Le patient toxicomane ou alcoolique peut être mécontent de ses soins s'il subit une exclusion suite à une reconsommation à l'hôpital sans que le personnel ait failli à sa mission. Les enjeux relationnels avec les troubles de personnalité de type borderline, narcissique ou antisociale peuvent également influencer la manière dont l'évaluation sera faite par les patients.

Les patients font rarement des évaluations systématisées des soins qu'ils reçoivent.

Cependant, les organismes de consommateurs de type test-achats commencent à proposer des classements d'institutions de soins. De plus, les associations de patients ou de familles sont de plus en plus reconnues comme des partenaires dans les soins de santé. La loi sur les Droits des Patients ou encore les services de médiation des plaintes font partie de cette évolution.

D'autre part, il ne faut pas oublier que les objectifs de la famille peuvent être en complète contradiction avec ceux du patient et une évaluation positive des soins par le patient peut être contredite par une évaluation négative de la famille. En pratique, il arrive que l'avis des patients soit demandé au travers de questionnaires de satisfaction qui portent pour une bonne part sur l'aspect hôtelier ou d'accueil plutôt que sur le contenu des soins eux-mêmes. Le bouche-à-oreille fonctionne assez bien et est relayé par les patients eux-mêmes et leurs familles.

### Dans le cadre de protocoles de recherche

Les protocoles pharmaceutiques ou autres nécessitent l'utilisation répétée d'échelles de mesure comme des indices de dépression, d'anxiété ou d'ampleur des symptômes psychotiques. A cet égard, une bonne

réponse du groupe contrôle lorsque celui-ci reçoit un placebo pourrait être interprétée comme un indicateur de valeur pour l'équipe soignante, la bonne qualité des soins psycho-sociaux permettent une réponse indépendamment du traitement médicamenteux.

### De la part des médecins ou des professionnels de la santé mentale envoyeurs

Pour ceux-ci, la qualité des contacts est essentielle dans l'évaluation de la qualité de l'équipe soignante. Ces acteurs peuvent aussi être attirés par l'aura des personnes travaillant dans une institution donnée, par les contacts personnels entretenus au travers des associations professionnelles ou des formations. La qualité et la rapidité d'exécution des lettres de sortie sont aussi susceptibles d'avoir un impact important.

### De la part des médias

L'évaluation s'élabore en fonction de l'apparition de nouveaux programmes de soins ou de la spécificité de certains programmes et de la publicité qui est en faite.

## II. Le Résumé Psychiatrique Minimum

Le RCM (Résumé Clinique Minimum) a été mis en place il y a plus de dix ans suite au passage de Jean-Luc Dehaene au Ministère des affaires sociales avec la volonté de procéder à un financement par enveloppe sur base de la durée de séjour.

L'idée centrale, c'est que le RCM " punit " les hôpitaux qui pour un diagnostic x ont une durée de séjour située dans les 5% les plus élevés par rapport à la moyenne nationale.

Pour les services de psychiatrie des hôpitaux généraux, cela représentait une catastrophe, les durées de séjour étant calculées sur base de moyennes nationales pour des patients à diagnostic psychiatrique hospitalisés dans les hôpitaux qu'ils soient dans des lits psychiatriques ou non.

A titre d'exemple, ce calcul aboutissait à une durée moyenne de séjour de 2 jours pour des patients schizophrènes et de 10 jours pour des patients alcooliques.

Pour un hôpital comme le CHU Brugmann qui a la particularité d'abriter un grand service de psychiatrie (120 lits sur les 600 de l'hôpital à l'époque), cela avait donné lieu à une demande de remboursement de plusieurs dizaines de millions de francs belges.

Après réclamation au ministère sur l'applicabilité des règles de financement via le RCM en psychiatrie, on a basculé vers une philosophie générale par quota : si 80% des lits sont remplis en moyenne sur l'année, l'institution reçoit une somme forfaitaire qui couvre la quasi totalité des besoins. Le remplissage plus important des lits ne donne lieu qu'à un petit surplus {5% de plus si on arrive à 100 % de remplissage, mais bien sûr le remplissage plus élevé implique aussi plus de frais en termes de repas pour les patients, de frais logistiques...).

Les hôpitaux publics sont potentiellement pénalisés par rapport aux hôpitaux privés car ils accueillent une population défavorisée ce qui a une influence importante sur les durées de séjour : les personnes travaillant en service psychiatrique connaissent bien ce type de situations. On peut chercher pendant des mois une solution sociale pour un patient SDF qui occupe un lit hospitalier alors que son voisin de milieu plus aisé, mais présentant le même diagnostic pourra sortir beaucoup plus rapidement pour rejoindre son milieu d'origine et poursuivre éventuellement son traitement en ambulatoire.

Un mécanisme compensatoire est prévu pour les hôpitaux publics tenant compte de cette mission d'admission inconditionnelle. Ce mécanisme semble toutefois insuffisant de telle sorte que le déficit des hôpitaux publics est comblé chaque année par l'intervention des CPAS de tutelle.

La philosophie des quotas a été abandonnée, il y a quelques années pour les lits non psychiatriques et remplacée par celle des lits justifiés : pour une pathologie x, si la moyenne nationale est de 3 jours, le lit rempli par un patient qui présente ce diagnostic reçoit un financement pour 3 jours. Si la durée de séjour est dépassée, le surplus est à charge de l'hôpital.

Le RPM (Résumé Psychiatrique Minimum) est issu d'une recherche menée par la KUL depuis début 90, rejointe 4 ans plus tard par l'ULB et l'université d'Anvers.

Le RPM est un inventaire de données enregistrées de manière continue et comprend : le diagnostic codé d'après le DSM 4 sur 5 axes : diagnostic clinique, troubles de personnalité, pathologies somatiques associées, facteurs d'environnement et fonctionnement global.

On y reprend également le mode d'admission, le milieu de vie, le statut professionnel et social, les problèmes du patient répertoriés sous forme de symptômes comportementaux, l'objectif thérapeutique, les soins donnés, les évaluations effectuées et le diagnostic de sortie.

Sa philosophie n'est pas une philosophie de financement contrairement au RCM mais une philosophie de planification des soins.

En fonction du RPM, le ministère souhaite identifier des besoins et orienter l'offre de soins en convertissant des lits le cas échéant. L'exemple cité habituellement est celui de la politique en matière de toxicomanie : l'identification de 7000 hospitalisations de toxicomanes en hôpital général et de 7000 hospitalisations de toxicomanes dans des lits psychiatriques a amené à une redistribution de lits avec ouverture d'unités spécifiquement dédiées aux toxicomanes en milieu psychiatrique.

Le RPM a connu différents aléas : il a été contesté au conseil d'état comme menaçant la protection de la vie privée et la manière d'encoder les données a dû être adaptée.

### ● Les Plus du RPM

- Le RPM permet une récolte exhaustive de données dont l'intérêt épidémiologique est potentiellement important.
- Il permet de sortir d'une logique de financement par pathologie totalement inadaptée à la psychiatrie. En effet, le diagnostic en psychiatrie ne préjuge en rien du type de soins et de la lourdeur de ceux-ci. A titre d'exemple une durée type de séjour pour un patient alcoolique est de 21 jours, mais certains patients restent nettement moins longtemps et d'autres nettement plus longtemps (jusqu'à 6 semaines), l'augmentation de la durée de séjour étant souvent le fruit de problèmes d'environnement familial.
- Il permet de faire rentrer des paramètres sociaux dans l'évaluation de la lourdeur de la prise en charge des patients
- Il répertorie une partie importante (mais pas exhaustive) de la quantité de soins et d'efforts réalisés par l'équipe soignante
- Il tente d'évaluer l'évolution de l'état du patient entre l'admission et la sortie

### ● Les moins du RPM

#### ● La lourdeur de l'outil

Le remplissage du RPM représente une charge importante pour les équipes soignantes.

#### ● Ce sont les utilisateurs qui remplissent et qui sont donc juges et parties

Cet outil est formaté pour fournir des informations aux utilisateurs cliniques et s'éloigne de la logique du RCM qui est d'avantage un outil gestionnaire. Cependant, les messages relativement ambigus qui accompagnent son lancement et qui sont équivoques sur l'utilisation qui peut en être faite par le pouvoir subsidiant en terme de financement sont à l'origine de consignes de remplissage dans un certain nombre d'institutions : faire apparaître une charge de travail importante, faire apparaître une évolution positive en terme de GAF entre l'entrée et la sortie du patient.

#### ● Financement insuffisant pour la charge de travail

Le ministère libérant une quantité insuffisante de moyens, la charge du remplissage de cet outil retombe donc sur le personnel soignant pour lequel ce n'est pas une priorité. Dans les hôpitaux universitaires, en particulier, qui est la situation que je connais le mieux, la première ligne de remplissage repose en outre sur des assistants en formation, qui changent chaque année ce qui nécessite une nouvelle formation pour remplir le questionnaire de manière adéquate. Le passage à la forme informatisée a induit en outre une série d'effets délétères : en particulier pour ne prendre qu'un exemple, la difficulté d'introduire des diagnostics somatiques (il faut pour chaque diagnostic aller puiser dans un répertoire très étendu pré-formaté en utilisant un vocabulaire standardisé) entraîne certainement une minimisation de la comorbidité somatique.

#### ● Outil de recherche potentiellement inadéquat

En effet, les meilleures recherches sont celles qui ciblent des questions précises. La récolte de (très) nombreuses données de manière systématique peut rapidement se transformer en cauchemar

statistique si on tente de les utiliser pour des programmes de recherche non prévus au départ et pour lesquels l'adéquation de l'outil peut ne pas être satisfaisante.

- **Mélange de récolte de données épidémiologiques et de types et quantité de soins donnés.**  
Il existe une ambiguïté fondamentale en psychiatrie : plus de soins ne signifie pas nécessairement plus de bénéfiques pour le patient. Dans nombre de situations, personne ne peut dire s'il existe un effet dose-réponse entre la quantité d'entretiens de soutien, d'entretiens psychothérapeutiques, et de manière plus générale entre la quantité d'activités proposées et l'état du patient. Si cela ne peut représenter un prétexte à l'immobilisme et à l'inaction, il convient d'être attentif à ce que signifierait une conception purement dose-réponse dans le chef d'un pouvoir gestionnaire ou subsidiant.
- **Le futur de l'évaluation et en particulier du RPM**

Une nouvelle version du RPM est prévue. Les pouvoirs de tutelle souhaitent que sa modification prenne en compte les éléments suivants :

- Il doit être possible de suivre le parcours du patient à travers le temps, quel que soit l'endroit où le patient est traité. Cette préoccupation rentre dans le cadre du concept de réseau et de circuit de soins.
- Ils souhaitent la présence d'indicateurs concernant ces différents points :
  1. Liste d'attente et temps d'attente.
  2. Origine du patient (qui l'envoie).
  3. Satisfaction du patient.
  4. Charge de travail.
  5. Degré de collaboration entre les acteurs et les partenaires qui font partie d'un réseau de soins.
  6. Efficience et efficacité des soins et traitements donnés.

Le ministère souhaiterait optimiser les moyens financiers. Dans ce contexte, il est envisageable que les programmes de soins reconnus comme efficaces soient proposés comme modèles à généraliser. Toutefois, le remplissage étant réalisé par le personnel soignant (juge et partie), il existe un biais potentiel important dans l'évaluation de l'efficacité des soins donnés. Les points concernant le degré de satisfaction du patient et de charge de travail ont déjà été abordés plus haut avec toutes les difficultés que l'évaluation de ces items dans un contexte de travail en unité psychiatrique risque de susciter.

### III. Conclusion

L'évaluation des soins en unité psychiatrique hospitalière présente de nombreuses difficultés à commencer par celles qu'elle induit dans l'équipe thérapeutique : cette dernière peut rapidement se sentir menacée par ce qui est considéré comme une arme potentielle pour augmenter la productivité, donc la charge de travail, voire comme un outil susceptible de menacer les fonctions ou les emplois qui seraient jugés trop peu productifs. La charge de travail induite par l'évaluation peut également représenter une source d'insatisfaction susceptible d'altérer la qualité de remplissage des questionnaires utilisés.

Cependant l'évaluation est importante dans le cadre d'un environnement de ressources limitées pour orienter le mieux possible une politique de soins en santé mentale et plus particulièrement dans le réseau psychiatrique hospitalier.

Pour que celle-ci ait les meilleures chances d'aboutir, les questions auxquelles elle doit répondre peuvent être comparées à celles que l'on rencontre lors d'une demande de psychothérapie : qui est le demandeur, au bénéfice de qui est-elle réalisée et quels en sont les objectifs et conséquences ?

# Les "bonnes pratiques" et la nôtre...

## De l'évaluation en Santé Mentale

Geert HOORNAERT,  
psychologue,  
Centre Médico-Psychologique du Service Social Juif

Il me paraît permis d'affirmer que, dans les échanges autour de la question de l'évaluation en Santé Mentale, deux conceptions absolument irréconciliables existent. Ceux qui adhèrent au premier modèle considèrent qu'il n'y a aucune évaluation valable qui ne s'inscrive dans la clinique même. J'appellerai ce premier modèle le modèle de l'ouverture. Les adhérents au deuxième modèle considèrent que l'évaluation est d'un ordre qui surplombe la clinique, et l'évaluation est alors mise aux commandes de l'acte même du thérapeute qui s'engage dans un travail avec un patient. Ce deuxième modèle s'appelle le modèle des "bonnes pratiques".

Définissons d'abord, pour la clarté, la clinique. La clinique est le champ qui s'ouvre quand un thérapeute consent à recevoir et à écouter une plainte que la parole d'un patient dépose. Toute la bifurcation entre les deux modèles part de cette situation inaugurale de la clinique. Pour les uns, ce champ est à chaque fois et avec chaque patient absolument nouveau et potentiellement déroutant ; aucun savoir préalable ne lui indiquera la bonne façon de procéder. Pour les autres, ce champ est dorénavant connu et exploré, pas nécessairement par le thérapeute lui-même, ce dont il peut faire fi, comme des modes d'emplois lui sont fournis ; "guidelines", "bonnes pratiques", "protocoles de soins".

Entre ces deux positions, il n'y a aucun aiguillage possible. Autrement dit, il est impossible de "mélanger" les deux positions. Un choix s'impose donc. Les "intentions" ne doivent, en aucun cas, présider à ce choix. Il n'y a que les "conséquences" de son choix clinique qui comptent. Une évaluation au cas par cas de ces "conséquences" montrera bien vite que l'ordre de nos "intentions" - le "bien" du patient p.ex. - n'est nullement univoque ; ce qui est "bien" pour l'un ne l'est pas nécessairement pour l'autre, ce qu'on veut pour quelqu'un n'est pas nécessairement ce qu'il attend. Cet ordre n'est donc pas une boussole fiable. Pour qu'à l'intérieur du champ psy, de vrais positionnements politiques sur la clinique continuent à dessiner des lignes de partage qui donnent à notre champ sa dynamique, chacun devra regarder de près les conséquences de ses actes.

Aujourd'hui les politiques s'intéressent de plus en plus près à ce champ. On peut le déplorer, on peut l'applaudir ; dans l'après-coup, il est certain que c'était inévitable. La situation aura au moins l'avantage de forcer chacun à expliciter sa conception de la clinique et des balises éthiques qui en assurent la survie.

Une certaine idéologie de l'évaluation progresse dans notre domaine. Elle est très différente de ce qu'on appelle "l'évaluation qualitative". Elle introduit le paradigme coût-bénéfice dans le champ même qui semblait pourtant protégé d'une telle approche par les acquis mêmes de la civilisation : culture, intelligence, discernement. Depuis la nuit des temps, en effet, a-t-on su et ressenti que l'intime d'un sujet, qui trouvait depuis le début du siècle précédent un refuge dans les cabinets des psys, n'est pas un objet comme un autre. Aujourd'hui, on semble l'avoir oublié, de nouveaux mots d'ordre en témoignent : il faut identifier le mal-être ; il faut calibrer le processus thérapeutique ; calculer les progrès ; chiffrer la guérison ; puis évaluer le tout. Ce langage, auparavant réservé aux usines taylorisées, infiltre le champ psy. Il signale la présence d'une idéologie qui prône l'hégémonie du chiffre et du calcul. Ceux qui l'accablent doivent donc considérer que l'objet de nos pratiques - le sujet - est en soi une entité quantifiable, comptable, chiffrable.

Partons d'un simple fait : le modèle des bonnes pratiques vient d'abord de l'industrie avant d'être adopté par la médecine américaine. Depuis, cela s'est diffusé un peu partout - vous pouvez voir ça sur le Web, il

Il y a des bonnes pratiques pour à peu près tout - mais enfin, l'origine est industrielle. Elles sont, dans ce cadre, et pour les objets concernés (montage de voiture, protocoles de sécurité en usine etc.) des techniques défendables, parce qu'adéquates à leur objet. Il faut repérer le moment où elles deviennent des instruments idéologiques - c'est-à-dire des instruments stratégiques ne s'avouant pas comme tels. Déjà, leur introduction dans la médecine est motivée par certaines dimensions extérieures à l'exercice stricto-sensu de l'acte médical et son objet : une dimension économique (réduction des coûts) et une dimension judiciaire (s'assurer contre les plaintes en justice). Avec leur introduction dans le champ psy, les " bonnes pratiques " deviennent des instruments idéologiques, parce qu'elles véhiculent toute une série de conceptions sur l'objet en jeu - le sujet - qui ne se légitiment absolument pas par la " nature " de cet objet. Leur introduction vise donc quelque chose qui ne s'avoue pas. On y reviendra, car il faut identifier ce qui est visé.

C'est donc dans une ambiance où l'argument de l'intégrité éthique du médecin se fragilise que les " bonnes pratiques " ont connu leur essor ; cet argument s'avérait en effet de plus en plus insuffisant comme ligne de défense en cas de procès. Il fallait donc construire des modèles de soins " a priori ", applicables non plus tellement à tel patient X pris dans tout un contexte qui peut être médicalement significatif, qu'à une population présentant le même trouble. Automatiquement, l'introduction d'une telle méthode risque d'opérer deux glissements ; d'abord, réduction de la catégorie complexe de " patient " à une surface dont la qualité se réduit au seul élément nosographique du trouble ; puis, plus insidieusement, réduction de la valence subjective du médecin. L'application du protocole de la bonne pratique n'exige en effet aucune qualité spécifique chez l'agent qui l'applique ; au contraire, chaque qualité distinctive du médecin ne peut que perturber l'application lisse d'un acte médical devenu geste technique. Les conséquences pratiques de cette fausse " sécurisation " peuvent être navrantes.

Un exemple : dans le cas d'une schizophrénie à risque suicidaire, les guidelines vont prescrire une mise en place d'un traitement médicamenteux comme premier acte à poser. Si le patient se suicide, et qu'il s'avère qu'aucun médicament n'était prescrit, le médecin risque d'être inculpé. Mais, tout le monde, le médecin inclus, sait que la meilleure protection contre le passage à l'acte n'est pas le médicament en soi, mais le lien et son maintien, ce qu'on appelle le transfert. Alors, que faire si, chose fréquente, le patient refuse le médicament ? Est-ce qu'on cède sur l'exigence d'un traitement médicamenteux, si cela est la condition du maintien du lien, ou pas ? Le médecin éclairé qui connaît les dangers que son patient court si le lien se rompt, cédera sur cette exigence, pour des raisons internes à la clinique même. Il évaluera le danger selon les cas, et dans la meilleure connaissance de ce qu'est la psychose, de ce qu'est le transfert, le passage à l'acte etc., c'est-à-dire selon les seuls guidelines sérieux qui sont ceux que fournissent sa formation, son éthique, son expérience clinique, et son patient. Mais du coup, il pêche par rapport aux " bonnes pratiques ", et il s'expose à certains risques... Les partisans des " bonnes pratiques " peuvent certes nous repasser la ritournelle que les " bonnes pratiques mettent le patient au centre ", n'empêche que leur application pervertit trop souvent le lien soignant-patient. Et c'est ce lien qui est au cœur de tout processus thérapeutique, et pas le " patient " en soi. Ce " patient " n'est nullement une donnée objective, une " cible " extérieure sur laquelle les " soins " sont à appliquer. Rien ne sera connu de ce " patient " s'il n'entre pas dans l'interlocution. S'il y entre, la relation thérapeutique subira du même coup les lois qui régissent l'interlocution, lois qui font que, par exemple, le thérapeute constitue, par sa réponse à la demande, la moitié du symptôme de son patient ! Aucune possibilité donc que ce thérapeute tire, en " objectivant " son patient, son épingle du jeu... Le tout est en effet de savoir si notre action auprès d'un prochain est de l'ordre technique ou de l'ordre éthique.

Historiquement - prenez l'exemple de ce qui s'est passé l'année passée en France - l'idéologie des bonnes pratiques s'est déplacée du champ médical vers le champ psy par le biais de l'argument de la sécurisation de la population. Il fallait dépister les charlatans et dénoncer leurs pratiques. L'évaluation devient une affaire de sécurité publique. Certains lobbies - provenant essentiellement du courant cognitivo-comportementaliste - ont su, après de longues fréquentations des couloirs des politiques, convaincre certains hommes politiques que la seule évaluation possible, sérieuse, fiable, serait une évaluation quantitative. Il va de soi qu'ils attendaient certains résultats de leurs séductions assidues : d'abord, fabrication et promotion d'un homme nouveau, entièrement chiffrable, calculable et modifiable, en même temps aussi plastique que les normes qu'absolument immuable en tant qu'unité sans qualités ; l'homme, en somme, à qui est refusé toute singularité. Et puis, tordre définitivement le cou à toutes ces pratiques relationnelles dont les résultats, étant d'ordre qualitatif, ne se laissent pas facilement chiffrer : freudiens, systémiciens, et tutti quanti qui se sont toujours opposés à la pavlovisation de l'homme ; ils

allaient, doucement et définitivement, être exclus du gala des légitimés par les voies mêmes de la méthode. La réussite de leurs pressions ferait donc, évaluons quantitativement, d'une pierre deux coups.

Cette réussite dépend d'un élément stratégique crucial : convaincre le monde qu'une évaluation quantitative est possible. Pour qu'elle le soit, il faut standardiser les cures ; c'est la seule façon de les rendre mesurables. Ainsi s'est éclairée une phrase, que je trouvais d'abord énigmatique, entendue de la bouche d'un partisan des " bonnes pratiques " : " *pour pouvoir les défendre, il faut pouvoir les évaluer* ". Il s'agit donc de forcer la clinique à se plier à l'étalon du chiffre, opération qui permet alors, dans un deuxième temps, de défendre la clinique issue de ce forçage ! Dans ce raisonnement circulaire, la clinique est subordonnée à un critère (la mesure) qui lui est absolument étranger et extérieur. C'est là qu'on voit qu'il s'agit d'idéologie, et pas de science. En faisant miroiter les promesses du chiffre, du tout-possible, elle rejette tout ce qui est radicalement réfractaire au mesurable : le nœud, le réel même de la clinique.

C'est en effet aussi pour des raisons de stricte rigueur scientifique qu'on s'oppose à l'évaluation quantitative. Que veut dire scientificité dans notre champ ? Cela veut d'abord dire, comme dans tout autre champ : rapport adéquat à son objet. Cet objet se caractérise par ceci : impossibilité de le capter complètement dans les chaînes mécanicistes causales ; présence donc, dans cet objet (le sujet), d'un élément irréductiblement réfractaire au calcul ; impossibilité donc, de prédire la " trajectoire " de cet objet. Cette propriété suffit, en soi, à disqualifier tous les modèles " a-priori " dans notre champ. N'était-ce vraiment pour rien que Freud insistait pour que chaque cas, chaque nouveau sujet, soit accueilli comme si c'était le premier, obligeant le thérapeute à suspendre tout savoir " a-priori " que des expériences précédentes pourraient lui fournir ? C'est une attitude éthique que la nature même de l'objet de la clinique impose. Mesurons l'écart entre ce principe et le scientisme ridicule et rétrograde dont témoigne un débat qui a eu lieu dans une Commission qui semble s'intéresser à notre " population ", où l'on se demandait, après d'autres, s'il convenait d'encoder, pour l'informatique, quels numéros de la rue se trouvent du côté ensoleillé. Le raisonnement est que ce côté doit compter moins de dépressifs. Ce savoir vain, donnera-t-il lieu à un nouveau " guideline " ? Dépressif ? Mais déménagez !

C'est contre ce genre de connerie scientifique qu'on s'insurge. Le chiffre, la mesure, la statistique, la moyenne, n'ont aucune valeur dans notre champ. Ces catégories ne peuvent que servir l'idéologie à la mode, déresponsabiliser les acteurs, donner lieu à une orthopraxie gestionnaire. Rappelons en effet le paradoxe auquel la protocolisation des thérapies mène : si les " bonnes pratiques " visent la protection du public contre le charlatan, toute qualification et formation clinique du thérapeute - tant du côté de son être que du côté des savoirs - qui excèdent la médiocre compétence d'appliquer le protocole, deviennent suspectes. On ne donne donc plus aucune place à la dignité de la parole, on clabarde sur le transfert, élément nécessaire à l'acte thérapeutique. On prône donc une politique de la terre brûlée sur les savoirs qui nous orientent dans une pratique dont le cœur est l'impossible. On en verra les résultats. Si cet impossible, si la souffrance et la singularité ne trouvent plus un accueil autre que celui, harcelant, du questionnaire, ou celui, dédaigneux, de la norme protocolaire, on en payera tôt ou tard les conséquences. Le mal-être va exercer ses ravages dans le social, sous forme d'anomie progressive, de passages à l'acte violents, d'endurcissement des processus de ségrégation, dont les frais seront élevés. C'est qu'il ne s'agit pas simplement d'une bêtise pittoresque. Cette bêtise mise en pratique donne une férocité réelle qui forcera le symptôme à continuer sa politique par d'autres moyens que celui de la parole, moyens plus violents, plus désespérés, plus muets. Il y aura des responsables.

Prônons l'évaluation qualitative. Elle part des bonnes pratiques à inventer chaque fois pour chacun dans ce qu'il a de plus singulier. Cette forme d'évaluation existe déjà ; on la trouve, par exemple, dans maintes publications qui donnent place aux études cliniques, selon le principe du cas par cas. On la trouve, par exemple, dans les témoignages de ceux qui ont fait l'expérience d'une cure. Elle a sa place dans les réunions cliniques des institutions, ou dans les lieux de contrôle individuel avec un collègue plus expérimenté. Les résultats sont accessibles à tous.

# Questions d'actualité

Questions *d'actualité* est une nouvelle rubrique de *Mental'idées*. Elle sera l'occasion d'une part d'informer les lecteurs sur des sujets " chauds " qui demandent d'être suivis avec vigilance, et d'autre part de donner la parole sur ces mêmes questions à des collègues, des témoins ou des experts dans le souci d'organiser un débat pluraliste.

Cette année, questions d'actualité sera consacrée au projet de réglementation sur la psychothérapie. Francis Martens l'a inaugurée dans le *Mental'idées* n° 4 avec son article "Psychanalystes sur le divan du politique" et dans ce n° 6 **Brigitte DOHMEN**, au nom de la plateforme psy, vous propose une réflexion critique sur l'avenir du monde psy.

## Comment sera régi le monde psy demain ?

### Rappel historique

Cela fait un peu plus de quatre années maintenant qu'un débat concernant la réglementation des professions psy est venu sur la scène politique belge. Son instigateur était Bob Cools, docteur en psychologie et, à l'époque, ancien président de la VVKP (association des psychologues cliniciens flamands, toutes orientations confondues). En tant qu'attaché de cabinet en charge de ce dossier chez Magda Aelvoet et ensuite Jef Tavernier, il a rédigé et défendu avec passion quatre projets de loi. L'un d'eux (celui concernant la psychologie clinique) avait d'ailleurs déjà été approuvé par le gouvernement et n'avait plus qu'à être entériné par le parlement.

Ces projets faisaient rentrer les professions psy (psychologues cliniciens, ortho-pédagogues, sexologues et psychothérapeutes) dans l'arrêté royal 78 réglementant les professions médicales ("l'art de guérir"). Le nom de cet arrêté a été transformé, pour la circonstance, en "arrêté royal réglementant les professions de santé."

Ces projets plaçaient les professions psy au même niveau que les professions infirmières et kinésithérapeutes. Elles étaient soumises à une idéologie, une logique et un fonctionnement médical, y compris sur le plan déontologique (ex. obligation d'organiser des services de garde, obligation de transmission des données,...).

Enfin ces projets cautionnaient le fait que tout médecin puisse accomplir les actes de ces quatre professions sans formation spécifique, disqualifiant ainsi la formation de celles-ci, y compris celle des psychiatres.

Le projet psychothérapie prévoyait au départ deux niveaux de pratiques : la psychothérapie, exercée par les psychologues et les psychiatres, et le counseling (exercé par les praticiens d'études supérieures non universitaires).

Bob Cools se faisait fort de faire voter ces projets et ce d'autant plus qu'il bénéficiait de l'appui inconditionnel de la VVKP, membre influente de la Fédération Belge des Psychologues.

Je précise encore que Bob Cools défendait la position des cognitivo-comportementalistes (majoritaires en Flandre) qui considèrent que les seules psychothérapies valables sont celles qui sont validées par des études scientifiques s'appuyant sur des statistiques, que la psychothérapie doit s'enseigner à l'université par des docteurs en psychologie et/ou des psychiatres, position soutenue par la Fédération Belge des



Psychologues, malgré l'opposition des associations francophones membres. Ces dernières défendaient la possibilité pour les patients de bénéficier d'un large éventail d'approches.

Après une petite concertation qui, pour lui, n'était que pure formalité, ces projets devaient être approuvés rapidement par le parlement.

C'était compter sans les psychologues d'orientation psychanalytique. Habités à découvrir le sens caché des mots et à lire entre les lignes, ceux-ci, via l'APPPsy (Association des Psychologues Praticiens d'orientation Psychanalytique), ont tout de suite perçu le danger que représentaient ces projets pour le monde psy, pour la liberté de choix des patients et, au-delà, pour notre liberté de pensée à tous. Alerté par l'APPPsy, un petit groupe a formé le noyau de départ de la lutte contre ces projets réducteurs et peu respectueux des pratiques existantes sur le terrain. Ce petit groupe réunissait des représentants de l'APPPsy, de la Fédération Francophone Belge de Psychothérapie Psychanalytique, de la Société Belge de Psychanalyse, de l'IFISAM et de Psycorps. Depuis, ce groupe n'a cessé de se battre contre ces projets, menant en parallèle un travail d'information du monde psy, toutes professions et orientations confondues, et un travail de conscientisation et de réflexions avec les politiques. Il s'est rapidement élargi à des représentants de nombreuses autres associations.

A la demande d'Ecolo, un large groupe de réflexion s'est mis en place qui a rédigé un projet de loi reprenant les revendications du terrain. Ce projet a été d'emblée rejeté par Agalev.

Grâce à la mobilisation, un projet de loi cadre a également été rédigé avec les acteurs du terrain et déposé par Yvan Mayeur et Colette Burgeon, deux parlementaires PS.

Le petit groupe-noyau de départ a rencontré des représentants des différents partis au pouvoir et dans l'opposition.

C'est certainement la mobilisation mise en place (conférence de presse suivie d'articles, pétitions déposées chez Verhofstadt, gouvernement inondé de mails) qui a permis que les projets Aelvoet-Tavernier soient arrêtés lors de la législature précédente, mais également la proposition pertinente d'Yvan Mayeur que ce sujet soit "encommissionné"; c'est-à-dire que des experts soient entendus à la commission santé de la Chambre avec, pour effet escompté, d'empêcher toute décision à ce sujet avant les élections afin de prendre le temps de la réflexion.

## Où en sommes-nous aujourd'hui ?

A l'heure actuelle, trois propositions de loi sont déposées par des parlementaires :

Yvan Mayeur (PS) a redéposé le projet qu'il avait rédigé avec des représentants du secteur, après l'avoir retravaillé avec ceux-ci. Le même projet a été déposé au sénat par Jean Cornil (PS). Yvan Mayeur est un homme du terrain, ouvert au dialogue, qui, depuis qu'il a été sensibilisé au problème, défend la position des francophones. Il est actuellement président de la commission santé de la Chambre.

Muriel Gerkens (Ecolo) a déposé un projet qui reprend ceux d'Aelvoet-Tavernier avec les différents amendements demandés à l'époque par les francophones.

Vandenberghe, De Roeck, Geerts (SP/Spirit) et De Schomphelaere (Cd&V) ont déposé un projet au sénat qui reprend les idées ... du projet Aelvoet.

Tous ces projets sont accessibles sur le site de la chambre ou du sénat.

Nous savons que Bob Cools est resté actif sur le plan politique, que c'est lui qui est derrière le projet déposé par les parlementaires néerlandophones. Nous savons aussi qu'il a gardé un statut d'expert auprès du ministère de la santé. Nous savons enfin qu'il reste déterminé à porter ses "bébés" sur les fonds baptismaux.

Il faut aussi savoir qu'un projet de parlementaire a moins de chance de passer qu'une proposition de loi déposée par un ministre. A ce propos, **BONNE NOUVELLE** : il y a eu une rencontre entre le Cabinet Demotte

et Mayeur afin de réfléchir à l'élaboration d'un projet commun.

## Quels sont les enjeux et les questions qui se posent ?

### 1. Une loi est-elle nécessaire ?

L'objectif de ces législations est (officiellement) de protéger les patients, ce qui est un objectif très louable que nous soutenons. Bob Cools avait avancé l'argument très " à la mode " du danger des sectes. Certes ce problème existe, mais l'AR 78 n'a jamais empêché un médecin d'être gourou. La grande majorité des associations professionnelles et des écoles " psy " se réfèrent à une déontologie qu'elles tentent de faire respecter. Malheureusement le titre et la profession n'étant pas reconnus, certains pratiquent la psychothérapie sans être passés par une formation ni un travail sur eux-mêmes. A ce niveau, on pourrait dire qu'une loi est souhaitable. Une loi de protection du titre aurait été largement suffisante. Mais la matière est complexe parce qu'une telle loi chevauche le fédéral et le communautaire...

Néanmoins, quels que soient nos états d'âme sur le sujet, le politique veut légiférer en la matière et ce d'autant plus qu'il s'agit d'un mouvement global en Europe et ailleurs. De plus, la plupart des néerlandophones sont très demandeurs.

### 2. Quels types de projets sont possibles ?

Trois types de projets sont possibles sur le plan juridique : une loi d'exercice, une loi de protection du titre, une loi reconnaissant une fédération ou un ordre régissant la profession.

- . Bob Cools avait proposé des projets de loi d'exercice, c'est-à-dire des projets qui définissent les actes et ceux qui peuvent les poser. Avec une loi d'exercice, ne peuvent pratiquer que les personnes agréées par la loi (quelque soit le nom qu'elles se donnent : psychothérapeute, psychanalyste, coach, conseiller,...). Il avait voulu nous faire rentrer dans l'arrêté qui régit les professions médicales et paramédicales (probablement dans l'objectif futur -mais tout à fait illusoire pour les francophones- d'être un jour remboursés par la mutuelle). Ce type de loi dépend du ministre de la santé.
- . Une loi de protection du titre détermine qui a droit de porter le titre protégé et dans quelles conditions (notamment d'études et de formations). Elle ne protège pas les actes. Ainsi une personne qui pratique mais qui ne rentre pas dans les critères fixés par la loi, pourrait continuer sa pratique mais ne pourrait pas porter le titre concerné. Une telle loi dépend du ministère des classes moyennes et des communautés pour ce qui est de l'enseignement. C'est ce qui la rend complexe, dans la mesure où le diplôme de thérapeute ne serait pas universitaire.
- . Autre alternative : créer des fédérations professionnelles qui seraient agréées par le ministère des classes moyennes comme étant habilitées à fixer les modalités de formation et la reconnaissance des écoles. Chaque grande orientation (psychanalytique, systémique, comportementaliste, humaniste,...) pourrait avoir sa fédération qui regrouperait l'ensemble des écoles existantes pour autant qu'elles remplissent les critères minima de formation définis par la fédération en fonction de son orientation. A l'heure actuelle, ce type de fédération existe chez les systémiciens et chez les psychothérapeutes psychanalytiques, une autre est en cours d'élaboration chez les psychanalystes.

### 3. Quelle est la volonté politique ?

Le gouvernement veut légiférer. Les politiques savent que nous n'étions pas demandeurs d'une loi et que nous ne souhaitons pas entrer dans l'AR 78. Ce débat là est déjà terminé. Cependant, nous voulons que la future loi respecte la diversité et la créativité du champ psy. C'est la raison pour laquelle, si nous rentrons dans l'AR 78, ce n'est pas n'importe comment et nous exigeons d'avoir un chapitre spécifique qui nous différencie des professions somatiques. (C'est loin d'être acquis).

La plupart des néerlandophones veulent une loi, une loi d'exercice qui place les professions psy dans les

professions de santé. Le mouvement comportementaliste est majoritaire en Flandre. Il considère leur orientation comme la seule " evidence based ". Ils sont fort disciplinés et parlent d'une seule voix (celle de Bob Cools qui depuis est redevenu président de la VVKP). Leurs opposants ont peu de chance de se faire entendre. Les partis flamands vont donc aller dans ce sens.

Côté francophone, le MR et Ecolo ont été mis hors course. Restent le PS et le CDH.

Demotte veut légiférer cette matière. Il ne peut le faire que dans le cadre des professions de santé (donc via une loi d'exercice). Mais il y a déjà le projet Mayeur. Comment le PS va-t-il procéder ? C'est encore une inconnue. Le responsable du dossier au Cabinet Demotte est le docteur Dercq (qui travaillait déjà sur le dossier avec Bob Cools). C'est un médecin fonctionnaire proche des thèses du syndicat des médecins.

Certains d'entre nous travaillent à la rédaction d'un projet avec le Cabinet Demotte, mais rien n'est joué actuellement. **C'EST À CE NIVEAU QU'UNE MOBILISATION S'ORGANISE.**

Il nous a été dit aussi, dans les hautes sphères politiques, qu'aucun ministre francophone ne soutiendra un mouvement francophone si celui-ci n'est pas unanime ou tout au moins le plus large possible. Il s'agit d'être solidaires. **" L'union fait la force. "** Si nous voulons contrer les projets qui ne nous conviendraient pas, il faut avoir une alternative claire et cohérente à proposer, soutenue par une grande majorité de francophones. Nous avons décidé de prendre les devants et d'écrire nos revendications au Cabinet Demotte sans attendre le résultat de leurs réflexions.

#### 4. Quelles sont les forces en présence ?

Côté flamand, c'est clair. Ils se présentent comme quasi unanimes, via la VVKP. Ce sont les universitaires qui prennent la parole, avec des positions allant dans le sens du DSM IV. S'appuyant sur des études pseudo-scientifiques, ils décrètent la thérapie cognitivo-comportementale comme étant la seule efficace, réduisant l'individu à son symptôme et son bien-être à la disparition dudit symptôme. Ce faisant, ils ignorent complètement l'existence d'autres études tout aussi " scientifiques " qui démontrent qu'aucune approche psychothérapeutique n'a démontré une efficacité supérieure aux autres (études de M.L. Smith et collaborateurs). Des psychothérapeutes et psychanalystes néerlandophones, proches des conceptions des francophones, sont cependant présents et actifs sur le terrain, mais ils sont minoritaires. D'autres néerlandophones ont aussi rejoint la concertation psy.

Côté francophone, nous avons mis en place une " concertation psy ", réunissant des psy toutes orientations confondues et de tous diplômes, francophones et néerlandophones. Toute personne qui souhaite en faire partie peut se manifester et être invitée ou tenue au courant. Cette coordination a décidé qu'une plus petite plate-forme fonctionnerait de façon régulière avec les personnes qui avaient envie de s'y investir. Celle-ci se charge, par mon intermédiaire, de tenir les participants de la concertation psy au courant de l'évolution du dossier. Il a été décidé que les contacts avec les politiques seraient centralisés par la plate-forme afin de ne pas " faire désordre " vis-à-vis des politiques et nous disqualifier.

Nous avons défini les principes sur lesquels nous refusons de faire des compromis :

- a. éviter la paramédicalisation (même de fait);
- b. distinguer les formations universitaires (à diplômes) de celles organisées par des associations / organismes privés et faire reconnaître ces dernières;
- c. éviter l'intervention de l'Etat dans l'organisation des formations;
- d. prévoir des collèges différents dans le conseil national de la santé mentale qui se mettrait en place;
- e. introduire la référence à une déontologie dans la loi.

En d'autres termes, nous voulons :

- f. être des professions autonomes dont la loi reconnaît la spécificité du champ d'action, différente du champ médical somatique. Nous voulons pouvoir poser nos diagnostics et les indications de nos traitements;
- g. que les formations de psychothérapeutes restent hors université (pour la plupart);
- h. que ces formations restent ouvertes à des non universitaires et à des personnes qui ne viennent éventuellement pas d'une formation psy;
- i. que chaque orientation ait la liberté de juger des critères de formation propre à son champ.

C'est la raison pour laquelle nous ne soutenons pas la position de l'Association Belge de Psychothérapie. En effet, nous sommes opposés à l'idée de critères de formation les mêmes pour tout le monde. De même, nous ne pensons pas qu'un champ soit habilité à juger des exigences de formation d'un autre champ (ex. les psychanalystes ne sont pas compétents pour juger des exigences de formation des systémiciens). Nous ne soutenons pas non plus la position de la Fédération Belge des Psychologues qui trouve que les formations de psychothérapie doivent être réservées aux psychologues et médecins, et qu'elles doivent se donner au minimum sous supervision universitaire.

Il faut bien se rendre compte que ces exigences ont comme adversaires : les Flamands, les médecins, les comportementalistes et les universités. D'où la nécessité d'être solidaires au maximum.

### 5. Les médecins sont-ils réellement menacés par ces législations ?

Nous ne le pensons pas. En effet, une législation concernant le champ psy, n'empêchera pas un médecin d'écouter ou de soutenir un patient en souffrance psychique. Les législations envisagées concernent des pratiques professionnelles basées sur des théories spécifiques et des outils propres au champ en question. Si un médecin utilise ces outils sans formation (ex il allonge son patient sur le divan sans avoir fait d'analyse personnelle), alors nous sommes dans le domaine des abus que ces projets de législation veulent contrer à juste titre.

Ce que j'appelle la psychologie de sens commun est du domaine de tous les soignants (diplômés ou pas d'ailleurs) et le restera.

Je pense personnellement que ceux qui ont le plus à perdre dans la reconnaissance des psy, ce sont... les firmes pharmaceutiques. Ne l'oublions pas : elles forment un loby très puissant.

### 6. Notre situation est-elle la même qu'en France ?

On a beaucoup parlé de la situation française et de la loi Mattéi. Beaucoup ont pris conscience du problème à cette occasion. Cela a eu le mérite de faire réfléchir un plus grand nombre chez nous. Mais notre situation n'a rien de comparable avec la France. D'abord, la psychanalyse n'occupe pas chez nous la même position " politique " qu'en France. Ensuite, nos politiciens sont un peu plus à l'écoute que les Français. Les projets envisagés ne sont pas les mêmes.

Enfin nous sommes mondialement connus pour notre spécialité du " compromis à la Belge ", capacité de faire coexister des contraires et que cela fonctionne quand même.

### 7. Faut-il séparer psychanalyse et psychothérapie dans ce débat ?

*(Ceci représente ma position personnelle.)*

Les séparer risque de nuire à la solidarité dont nous avons à faire preuve. Au Québec, les psychanalystes se sont tenus à l'écart du débat qui nous agitent aujourd'hui et le regrettent amèrement parce qu'ils n'ont plus voie au chapitre. Mais au-delà, je pose la question du sens d'une séparation ? Je parle de séparation et non de distinction. Pour ma part, j'ai suivi différentes formations : psychanalyse, systémique et diverses approches humanistes. J'appartiens actuellement à une école psychanalytique qui travaille dans la filiation de Ferenczi.

Qui sommes-nous, nous psychothérapeutes analytiques ou psychanalystes, pour juger que nous sommes l'or et tous les autres le plomb ? Et la plupart du temps, pour juger sans connaître réellement le travail des autres.

Chaque approche a sa spécificité, sa richesse, ses outils et ses limites (y compris la psychanalyse, je devrais dire les psychanalyses). Certaines approches sont plus indiquées pour certaines personnes, ou dans certaines circonstances, ou correspondent mieux au type de demande de l'individu.

La spécificité de la psychanalyse est dans la connaissance qu'elle a du décodage de l'inconscient et sa capacité à manier le transfert et le contre-transfert.

La spécificité de la systémique est dans la connaissance de la complexité des relations dans un groupe. Il est même faux de croire que la psychanalyse travaille la liaison et la déliaison, alors que les thérapies ne travaillent que la liaison. Dire cela, c'est méconnaître le travail des autres approches. Certes certaines ne travaillent qu'à ce niveau-là. Mais il existe des approches non psychanalytiques qui travaillent aussi la déliaison.

Ainsi donc la psychanalyse n'est pas une psychothérapie, les effets thérapeutiques ne sont pas recherchés, ils arrivent " de surcroît " (sans garantie !). Hélas, je pense qu'il n'y a plus que les psychanalystes qui le croient. Je sais que je vais choquer beaucoup de mes collègues et amis en écrivant cela. Descendons de notre tour d'ivoire et ouvrons les yeux sur notre patientèle.

Jacqueline Harpmann avait intitulé un exposé donné il y a quelques années : " *Mais où sont les névrosés qu'on nous avait promis ?* " Qui vient encore faire une analyse pour mieux se connaître ? La quasi totalité de nos patients viennent parce qu'ils souffrent et qu'ils espèrent que cette démarche va contribuer à diminuer leur niveau de souffrance, qu'elle va les faire sortir des répétitions mortifères dans lesquelles ils s'enlisent. Ils attendent tous un mieux-être du travail qu'ils font avec nous, ou au minimum des outils pour mieux gérer leur situation. Leur répondons-nous : " *Vous voulez aller mieux ? Allez voir un psychothérapeute.* " ?

A l'exception des " initiés " (les psychanalystes), tout le monde considère que la psychanalyse est une forme de psychothérapie avec son cadre très particulier. C'est aussi le cas des politiques dont certains ont fait une psychanalyse personnelle qui ne les a pas fait changer d'avis sur le sujet ! Bien sûr, nous savons la différence que **NOUS** mettons entre le signifiant psychothérapie et le signifiant psychanalyse. Mais les autres l'ignorent et ... s'en désintéressent royalement.

Au-delà de ces aspects, comment allons-nous gérer la situation, de plus en plus fréquente, des analystes qui travaillent hors cadre ou hors de la cure type ? Vont-ils perdre leur spécificité d'analyste ? Ou seront-ils analystes certaines heures de la semaine et psychothérapeutes les autres heures ? Dans quelle fédération vont-ils devoir s'inscrire ?

La psychanalyse est-elle une technique (un setting) ou une théorie (de l'inconscient) ? Qu'est-ce qui fait qu'une approche est analytique ou ne l'est pas ? J'ai toujours cru que la psychanalyse se définissait par sa prise en compte de l'existence de l'inconscient et que ses outils essentiels de travail étaient l'association libre, l'analyse du transfert et du contre-transfert. Mais je me trompe peut-être ?

Le fait de faire partie d'une loi, à fortiori de la même loi, va-t-il faire disparaître la spécificité de la psychanalyse ? Je ne vois pas pourquoi. La psychanalyse a toujours su rester subversive. Pourquoi cela changerait-il dès lors qu'une loi existe ? Faut-il nécessairement être hors la loi pour être subversif ?

(NB. Ces réflexions n'engagent que moi)

## 8. La spécificité du champ psy.

Ce qui fait la spécificité du champ psy, c'est sa diversité et sa créativité. Son unité existe dans cette diversité. En son sein, aucune approche n'est assimilable à une autre. C'est même le cas, dans le champ psychanalytique, entre une école et une autre.

Toutes les approches ont en commun de s'adresser à l'individu (ou au groupe) dans sa singularité. A l'heure actuelle, la médecine va vers le généralisable (les protocoles, les études en double aveugle, les statistiques,...) On pourrait caricaturer en disant qu'elle se place du côté de l'objectivation, de la mise en distance précisément de l'inconscient.

Le psy se place du côté du singulier, du subjectif, du non généralisable.

Autres différences entre le champ psy et le champ médical : la médecine cherche à supprimer les symptômes avec des outils extérieurs à la personne (chirurgie, médicaments,...). Elle se sent en échec quand elle n'y arrive pas. Le psy accompagne le symptôme et aide la personne, à son rythme, à rechercher en elle-même les ressources pour y faire face, à y chercher un sens, et à retrouver un équilibre ou la guérison.

On pourrait dire que les approches cognitivo-comportementales sont des approches psy qui fonctionnent dans le même registre que le médical. Mais pourquoi pas ? Pourquoi n'y aurait-il pas une interface possible entre les deux dynamiques ? Je pense personnellement que les approches cognitivo-comportementales sont toutes aussi valables que d'autres et qu'elles conviennent parfaitement à certains patients.

Au niveau de la concertation psy, nous pensons qu'il faut préserver cette diversité des approches qui fait la richesse du champ psy. C'est la raison pour laquelle, il n'est pas souhaitable d'uniformiser les critères de formation (on se mettrait alors dans une logique universitaire d'enseignement et non de formation).

Je pense personnellement que si nous apprenons à nous écouter sans a-priori et sans jugement, si nous apprenons à dialoguer entre nous malgré nos différences, en les reconnaissant et en les respectant, alors et alors seulement nous deviendrons crédibles.

Quels pys sommes-nous, si nous sommes incapables d'accepter la différence de l'autre sans nous sentir menacés ?

Comment pouvons-nous aider nos patients à communiquer si nous n'y arrivons pas nous-mêmes ?

Perdons-nous notre identité parce que nous collaborons avec d'autres praticiens ?

Quels pys sommes-nous si nous sommes incapables de nous parler avec respect et de nous reconnaître mutuellement comme des professionnels même si nos champs, nos pratiques et nos théories sont différents ?

Ce qui nous réunit est la volonté d'une référence à une éthique et une déontologie.

Dépassons nos querelles identitaires, rassemblons nos forces pour faire reconnaître une éthique de travail et notre profession dans toute sa diversité, sa créativité et sa rigueur.

C'est la seule attitude qui permettra aux politiques de nous prendre au sérieux et de nous faire confiance.

Nous souhaitons que le débat soit le plus large possible. Diffusez ce texte le plus largement possible. Réagissez-y. Manifestez-vous si vous voulez adhérer à la coordination psy ou si vous soutenez ses positions en tant qu'association et en tant qu'individu ([emessens@skynet.be](mailto:emessens@skynet.be)).

Il est essentiel aussi de mobiliser les néerlandophones.

Donnez-moi vos coordonnées si vous voulez être tenu au courant.

Tenez-vous prêts à vous mobiliser le jour où on aura besoin de se faire entendre plus massivement.

Brigitte DOHMEN,  
revu et corrigé par la plate-forme psy

[brigitte.dohmen@tiscali.be](mailto:brigitte.dohmen@tiscali.be)

janvier 2005

*Nous publions ci-dessous le texte de  
PROPOSITION DE LA PLATE-FORME DE CONCERTATION DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ MENTALE  
et la liste des associations signataires.*

*Tout groupement ou association qui souhaite marquer son adhésion au contenu de ce document peut le faire en adressant un courrier électronique à [emessens@skynet.be](mailto:emessens@skynet.be)*

## PROPOSITION DE LA PLATE-FORME DE CONCERTATION DES PROFESSIONS DE LA SANTE MENTALE

Fédérées en Plate-forme de concertation, les associations tant francophones que néerlandophones du pays, représentant le plus grand nombre de courants relatifs à l'exercice des professions de la Santé Mentale, ont établi d'un commun accord que :

1. Les professions de la santé mentale relèvent d'un **chapitre III à créer dans l'arrêté 78** réglementant les professions de la santé. (chap.I = professions médicales ; chap.II = professions paramédicales)

Il est en effet essentiel de respecter **le caractère spécifique de ce champ** qui, s'il présente une interface avec le médical, n'en a pas moins une épistémologie différente.

Si le champ médical s'adresse à l'organe et à la maladie, le champ " psy " s'intéresse au patient en souffrance psychique, **celle-ci n'étant pas forcément une maladie.**

Le professionnel de la santé mentale se place du côté du singulier, du subjectif; il est à l'écoute du symptôme et aide la personne, suivant son rythme, à rechercher en elle-même les ressources pour y faire face, à y trouver un sens, et à restaurer un équilibre.

2. L'intérêt de ce chapitre spécifique est de reconnaître la pluralité des professions attachées au secteur, de **promouvoir la complémentarité tout en respectant la diversité.**

Dans le champ de la Santé Mentale, en effet, il est d'usage depuis des décennies de collaborer entre collègues de différentes disciplines (médecins, assistants sociaux, psychiatres, psychologues, logopèdes, neuropsychologues, psychothérapeutes, éducateurs, infirmiers psychiatriques,...), dans le respect de la déontologie propre à chaque profession.

Il nous paraît important également de préserver la richesse de la diversité des approches (systémiques, psychanalytiques, cognitivo-comportementalistes, psycho-corporelles, humanistes,...)

3. Que ce soit en pratique libérale ou en institution, les professions " psy " ( psychiatres, psychologues, psychothérapeutes, ...) exercent de manière autonome leurs actes, avec leurs propres méthodes de diagnostic et de traitement. Leur pratique doit être garantie par les associations de pairs reconnues dont ils sont membres, lesquelles seraient accréditées par une commission garante de leur éthique et de la rigueur de leur fonctionnement. Seules ces associations de professionnels sont compétentes pour définir les critères de formation, d'évaluation, de reconnaissance, de formation continue et pour en fixer la déontologie.

Il est préférable que le Conseil national de la Santé Mentale comporte deux chambres, l'une francophone et l'autre néerlandophone qui comprennent chacune différents collègues.

## En conclusion,

Parmi les propositions de loi déposées, la **proposition de loi " Mayeur-Lambert-Burgeon "** est la seule qui reconnaît le champ spécifique des professions de la santé mentale. Elle pourrait donc nous servir de base de travail.

Nous souhaitons que le **Ministre de la Santé** prévoie des dispositions législatives qui tiennent compte des principes énoncés dans ce texte.

février 2005

## ASSOCIATIONS SIGNATAIRES

**IFISAM** - Jeannine Delgouffre ● **Haute Ecole PH Spaak, DES en travail psychosocial en SM** - Jacqueline Goffin ● **APPA** - Yvan Lagage ● **APPPsy** - Francis Martens ● **ARPP** - Françoise Daune ● **Section Clinique de Bruxelles** - Yves Depelseneire ● **SOBAB** - Claudia Ucros ● **SBG** - Régine Francart ● **Ellipse** - Stephano Luisetto ● **Commission déonto FBP** - Geneviève Monnoye ● **Atelier transactionnel** - Salomon Nasielski ● **ABP** - Jean-Luc Gatel ● **APS-rebirth** - Robert Heymans ● **Psycorps** - Brigitte Dohmen ● **La Forestière** - Annig Segers-Laurent ● **Bepsy (ét. psycho ULB)** - Nicolas Honhon ● **IBG** - Philippe Demey ● **ABIPFS** - Edith Goldbeter ● **ISAB** - Paul Kestemont ● **ABIPFS** - Carine Hamende ● **CFIP** - Véronique Sichem ● **FFBPP** - Jean-Marie Vanhosmael ● **ASSOBAT-CIRH** - Houdji Wilwertz ● **FSSMB** - Frédéric Willems ● **LBFSM** - Philippe Hennaux

## LE CENTRE DE DOCUMENTATION

*Psycendoc*

remercie

### Socrate Editions Promarex

qui lui a gracieusement offert les ouvrages suivants :

- Guy M. DELEU et Olivier CHAMBON (Préface de Pierre Lalonde), *Thérapie psycho-éducative familiale et psychoses chroniques*, Socrate Editions Promarex, 1999, 73 p.
- Ivan O. GODFROID, *L'effet placebo. Un voyage à la frontière du corps et de l'esprit*, Socrate Editions Promarex - Coll. "Science éphémère", 2003, 168 p.
- Jérôme FAVROD et Dominique SCHEDER, *Faire face aux hallucinations auditives*, Socrate Editions Promarex - Coll. "Réhabilitation psychiatrique", 2003, 256 p.
- William ANTHONY, Mikal COHEN, Marianne FARKAS et Cheryl GAGNE, *La réhabilitation psychiatrique*, Socrate Editions Promarex - Coll. "Réhabilitation psychiatrique", 2004, 444 p.
- Peter A. LEVINE (Préface de Boris Cyrulnik), *Réveiller le Tigre. Guérir le traumatisme*, Socrate Editions Promarex - Coll. "Science éphémère", 2004, 267 p.

Socrate Editions Promarex est une petite maison d'édition qui oeuvre dans les domaines de la science et de la médecine en général, et dans ceux de la psychologie et de la psychiatrie en particulier.

Il y a peu on lui a demandé d'organiser et d'ouvrir, à Charleroi, une bibliothèque qui soit accessible aux patients de l'hôpital. Ceux-ci sont en effet souvent seuls étant donné que le permis de visite est rare. Par ailleurs, l'ouverture de cette bibliothèque permettrait d'engager un ancien patient et d'ainsi le réinsérer professionnellement. La réhabilitation psychiatrique et la réinsertion professionnelle d'anciens usagers est en effet devenu l'un des chevaux de bataille des Socrate Editions Promarex.

Dans ce cadre, sont activement recherchés des livres, dans pratiquement tous les domaines (roman, nouvelle, BD, documentaire, livre scientifique...) et pour tous les âges, y compris pour enfants et adolescents.

Socrate Editions Promarex souhaite également proposer aux patients des livres médicaux, des brochures d'informations, des textes qui pourraient les aider dans leur démarche vers une compréhension et une guérison de leur maladie.

Le budget pour cette bibliothèque étant limité, il est fait appel à votre générosité: si vous avez des livres à offrir, n'hésitez pas à contacter,

Van Rintel Sylvie  
Coordinatrice éditoriale  
Socrate Editions Promarex  
55, rue de l'hôpital  
B-6030 Marchienne-au-Pont  
Tél +32 (0)71/922853 Fax : +32 (0)71/920791  
www.espace-socrate.com  
sylvie.vanrintel@chu-charleroi.be

Le prochain numéro de

## Mental'idées

paraîtra

en septembre 2005 - n° 7

Dossier thématique "Personnes âgées"

Pour être insérées dans nos pages,  
vos informations doivent nous parvenir  
au plus tard  
le 1<sup>er</sup> juin 2005.