

**Groupe de travail « Recueil de données : santé mentale et société »**

## PV Séance 1

24/11/2022

*Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale*

Marie Jenet ([mj@lbsm.be](mailto:mj@lbsm.be)) – Robin Susswein ([rs@lbsm.be](mailto:rs@lbsm.be))

**Présent•e•s :** Robin Susswein (LBSM), Marie Jenet (LBSM), Pierre De Coninck et Julien Oldenhove (SSM Anaïs), Sandrine Codreanu (Le SAS), Christophe Janssen (Chapelle-aux-champs), Valérie Sprockeels (SSM L'Eté), Isabelle Tiberghien et Claire Gafaranga (SSM Le grès), Nora Louwies (SSM Ulysse), Jean Hottat et Alessi Manuela (Centre de Guidance d'Etterbeek), Carole Sourdiau (SSM Uccle-Forest-WB)

### **Ordre du jour :**

- 1) Contexte, raison d'être et objectifs généraux du GT
- 2) Premier survol rapide de l'Annexe de l'Arrêté 2019/2408
- 3) Définition collective d'une méthode de travail

#### Remarque préliminaire :

Tout au long de ses travaux, le GT se référera à l'Annexe de l'Arrêté 2019/2408 qui constitue le nouveau format de rapport d'activité proposé par la CoCoF. L'Annexe comprend de nombreuses questions et variables. Pour s'y retrouver plus facilement, nous avons indiqué les codes des variables fournis par la CoCoF dans une version modifiée de l'Annexe. Vous trouverez ce document et d'autres documents utiles ici :

<https://lbsm.be/32/gt-recueil-de-donnees-sante-mentale-et-societe.html?lang=fr>

## **1. Contexte, raison d'être et objectifs généraux du GT**

### **1.1. Contexte politique et législatif**

En 2022, la CoCoF a acté l'Arrêté 2019/2408 qui définit un modèle de contenu standardisé pour les rapports d'activité de tous les services agréés dans le cadre du Décret ambulatorio de 2009 (les SSM, les Maisons Médicales, Centres de Planning Familial, Services de Médiation de dettes, etc., soit une dizaine de secteurs actifs dans le social-santé).

L'intention de la CoCoF est de recueillir des données qualitatives et quantitatives dans un format homogène pour l'ensemble des services ambulatoires. Cela, par exemple, pour soutenir la programmation de l'offre sociale-santé, pour répondre à des questions parlementaires, etc. Le Décret lui-même précise ses intentions de cette manière (Préambule) :

Considérant que cet arrêté vise à permettre au Collège d'obtenir annuellement, au travers d'un recueil de données qualitatives et quantitatives, une vue globale des prestations effectuées par les services ambulatoires ainsi que de leurs bénéficiaires et qu'il n'a pas pour objectif d'évaluer la charge de travail individuelle des services.

Le fait que le Décret précise explicitement que l'objectif *n'est pas* d'évaluer la charge de travail individuelle des services est plutôt rassurant, et devrait permettre d'éviter l'usage de ces données dans une hypothétique politique du chiffre s'appuyant trop étroitement sur des indicateurs d' « efficacité » pour évaluer les « performances » des services.

### 1.2. Un processus d' « évaluation » du nouveau format de rapport d'activité qui doit laisser une certaine marge de manœuvre aux services concernés

Aujourd'hui, l'Arrêté 2019/2408 est d'application. Par conséquent, les services ambulatoires agréés par la CoCoF devront remettre dans son nouveau format leur rapport d'activité traitant de 2022 pour le 30 juin 2023. Ce nouveau format est présenté en Annexe de l'Arrêté : il comprend l'ensemble des données qualitatives et quantitatives attendues.

Mais, dans le même temps, l'Arrêté prévoit une période d'évaluation jusqu'en décembre 2023 (Art.5 §3) :

§ 3. Les données d'activités sont transmises à l'administration selon le modèle fixé au point III de l'annexe 1 du présent arrêté dans l'attente d'une évaluation du recueil. Cette évaluation sera organisée au plus tard le 31 décembre 2023.

Jérôme Pieters, en charge du dossier à la CoCoF, a confirmé début novembre que les rapports d'activité 2022 (rendus en juin 2023) ne seront utilisés par la CoCoF que pour évaluer son modèle de recueil, et en particulier le volet III. de l'Annexe relatif aux activités. Cette année, les données en tant que telles ne feront pas l'objet d'une analyse par l'administration. En revanche, la CoCoF prêtera une grande attention aux remarques qualitatives qui portent sur les chiffres encodés. Par exemple l'indicateur ACCqual :

ACCqual

Avez-vous des remarques / commentaires concernant les chiffres encodés pour ce référentiel ?

Le présent groupe de travail doit permettre de formuler ces remarques de manière concertée, rassemblant l'ensemble des SSM CoCoF directement concernés par l'Arrêté ainsi que les SSM CoCoM qui le souhaitent, dans un souci d'anticipation d'une future homogénéisation plus large.

### 1.3. Quelle marge de manœuvre ?

De manière générale, l'Annexe de l'Arrêté est soumise à l'évaluation cette année (en particulier le chapitre III. relatif aux activités), mais le contenu de l'Arrêté lui-même est beaucoup plus rigide (le modifier nécessiterait un nouveau trajet législatif pour le texte).

**Dans l'Arrêté lui-même (difficilement négociable) sont indiqués :**

- Les données relatives aux bénéficiaires (Art.3 et Art.4) : année de naissance, date de la première visite, genre, etc.

§ 3. Le modèle de rapport d'activité est fixé au point I de l'annexe 1 du présent arrêté.

Art. 4 § 1<sup>er</sup>. En application de l'article 105 du décret ambulatorioire, les données relatives aux bénéficiaires à enregistrer sont :

- 1° son année de naissance,
- 2° la date de sa première visite au sein du service
- 3° son genre,
- 4° sa région et sa commune de résidence,
- 5° sa situation familiale (type de ménage) lors de son inscription,
- 6° sa situation de logement lors de son inscription,
- 7° sa source principale de revenu lors de son inscription,
- 8° la reconnaissance ou non d'un statut « handicap » lors de son inscription,
- 9° Le type de tiers qui lui a recommandé de s'adresser au service (si la démarche ne relève pas uniquement de sa propre initiative).

§ 2. Les données qui, pour des raisons relevant de la pratique professionnelle des structures, ne peuvent pas être collectées auprès des bénéficiaires par celles-ci sont exemptées de collecte.

§ 3. Les données relatives aux bénéficiaires sont transmises annuellement à l'administration avant le 30 juin et couvre la période allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre de l'année précédente.

On notera que les données ne pouvant pas être récoltées auprès des bénéficiaires (pour des raisons pratiques ou cliniques) sont exemptées de collecte. C'est, encore une fois, un élément plutôt rassurant.

- Les 5 grandes catégories du référentiel d'activités (Art.5) : l'accueil, la prévention, l'accompagnement, le soin, le support aux professionnels (et « autre »).

Art. 5 § 1<sup>er</sup>. En application de l'article 105 du décret ambulatorioire, les données d'activités à enregistrer par les secteurs sont basées sur différents référentiels d'activité fixés pour l'ensemble du secteur ambulatorioire : l'accueil, la prévention, l'accompagnement, le soin, le support aux professionnels et une catégorie « autre » reprenant les éléments qui n'ont pas pu être classifiés dans les précédents référentiels.

§ 2. Les données d'activités sont transmises annuellement à l'administration avant le 30 juin et couvre la période allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre de l'année précédente.

**Dans l'Annexe (soumis à évaluation cette année) sont précisés :**

- Données relatives à la structure et à son personnel
- Données qualitatives (décrire l'activité, la DEQ, etc.)
- Données relatives aux bénéficiaires (également reprises dans l'Arrêté lui-même)
- Tous les indicateurs relatifs aux activités, réparties selon les 5 grandes catégories du référentiel (cf. Arrêté), puis déclinées en types (sous-catégories présentes uniquement dans l'Annexe).

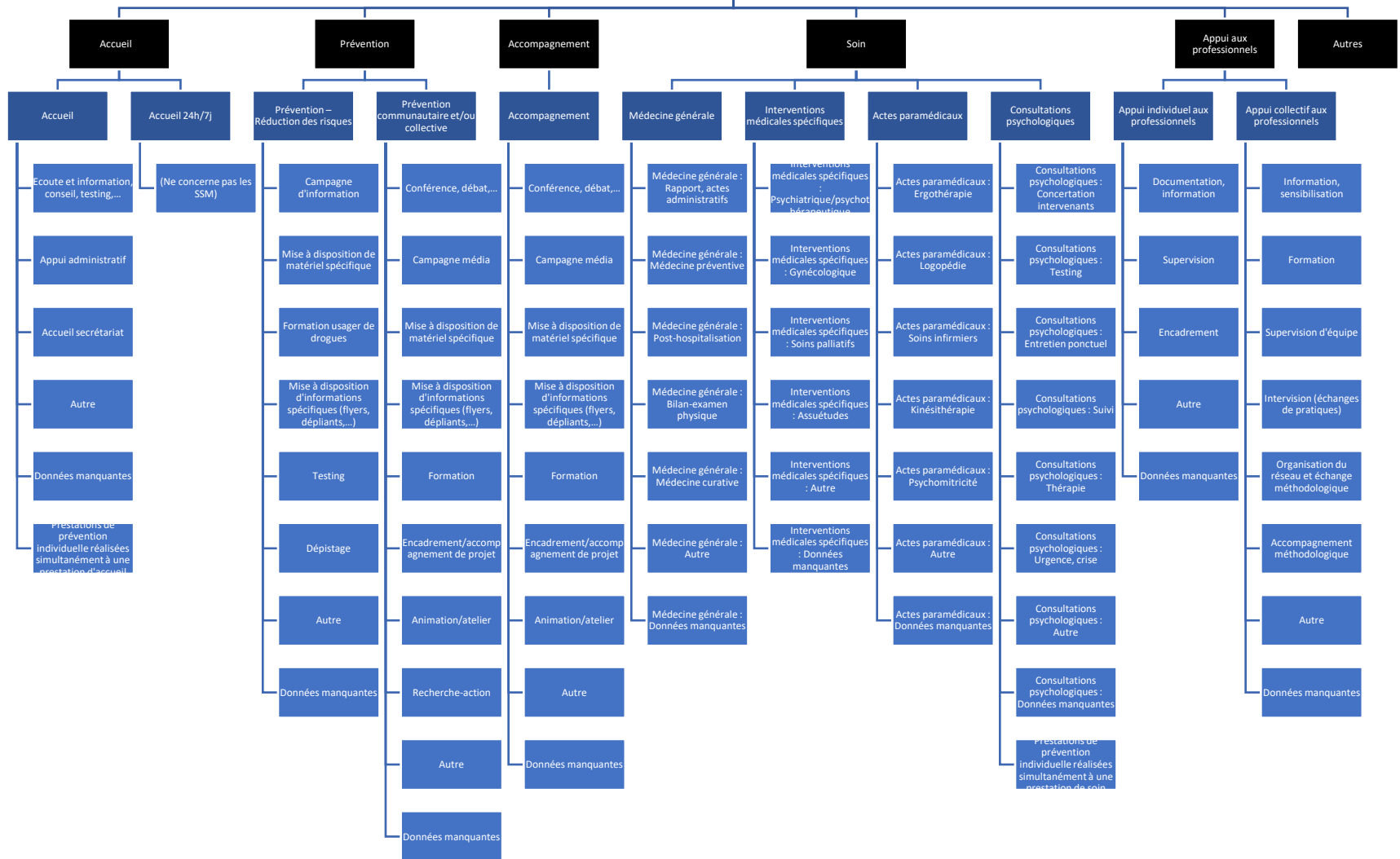
Ce sont principalement ces indicateurs, y compris les types d'activité (sous-catégories des 5 catégories du référentiel), qui seront reconsidérés par la CoCoF sur base des notes d'évaluation des différents secteurs. La figure ci-dessous reprend **en noir** les 5 catégories du référentiel qui sont déjà actées par l'Arrêté et **en bleu** les sous-catégories (types d'activité) repris dans l'Annexe et soumis à réévaluation cette année.

#### 1.4. Concrètement, comment ça se passe cette année en termes d'encodage et le traitement des données ?

La CoCoF demande, pour l'année en cours, de ne rien changer au recueil de données actuel. Autrement dit, vous encodez vos données relatives à la patientèle et aux prestations comme vous le faisiez précédemment. Ce sera seulement à l'issue du processus d'évaluation de l'Annexe (donc à partir de 2024) que la CoCoF pourra faire une nouvelle proposition tenant

compte des remarques des différents secteurs. Il est donc inutile de changer vos logiciels/pratiques d'encodage dès maintenant pour vous ajuster à une version de l'Annexe qui est provisoire et soumis à l'évaluation.

De même, comme les années précédentes, Robin se chargera de l'extraction/récupération des données statistiques des SSM CoCoF entre février et avril 2023. Il essaiera également de restituer aux services un maximum de données demandées par le nouveau format de rapport d'activité (les indicateurs repris dans l'Annexe). Les services seront donc accompagnés dans la complétion du rapport d'activité standardisé 2022 (à remettre pour juin 2023).



### 1.5. Cahier des charges du GT

Le GT se fixe comme principal objectif (1) d'évaluer l'Annexe et de produire une Note d'évaluation à destination de la CoCoF d'ici juin 2023 au plus tard. Notez que chaque service reste responsable de son rapport d'activité à remettre pour juin 2023, y compris des remarques qualitatives qui portent sur les chiffres de chaque référentiel. Cependant, il sera possible pour les services de renvoyer vers la Note commune – avec d'éventuels commentaires additionnels pour souligner le cas échéant des spécificités du service qui ne seraient pas traitées au niveau de la Note commune. Cette mutualisation est un gain de temps à la fois pour les services et pour la CoCoF, et permet au secteur de parler d'une même voix.

Tout en répondant à cet objectif très concret, le GT garde à l'esprit un objectif plus général : (2) celui de développer une perspective critique et constructive sur le recueil de données, afin que ce dernier respecte au mieux le contexte du travail clinique et d'accueil du public et permette de mieux rendre compte des enjeux cliniques et politiques du travail en SSM.

La philosophie générale sera de réduire le degré de précision du recueil de données actuellement en place dans la plupart des SSM (via le logiciel Champollion et Psystat), car on remarque des difficultés liées à la complétion quand les informations demandées sont trop vastes et/ou trop précises, ce qui rend les données difficilement exploitables à l'échelle du secteur. À l'avenir, le recueil de données devrait donc être plus minimaliste, surtout en ce qui concerne les données relatives aux patients, mais couvrir une plus grande variété d'activités (consultations, mais aussi accueil, activités collectives, appui aux professionnels, etc.). La baisse du niveau de détail pour les données relatives aux patients serait compensée par la réalisation d'enquêtes sur des sujets précis, quand telle ou telle information s'avère nécessaire pour répondre à une question bien déterminée – comme ça a été le cas récemment avec les enquêtes « Saturation » par exemple.

Enfin, on sait que la redéfinition des indicateurs statistiques nécessitera une adaptation des outils logiciels qui permettent la production des données. Une grande partie des SSM utilisent des logiciels relativement datés et la question de leur remplacement a déjà été explorée, non sans soulever diverses difficultés. Cette question est essentielle mais mériterait un temps de travail propre dont nous ne disposons malheureusement pas actuellement. Elle ne sera donc pas traitée ici cette année.



Objectifs du GT (fera l'objet du travail du GT cette année)	Hors de portée (ne sera pas travaillé ici cette année)
<p>(1) Très concrètement, évaluer chaque indicateur de l'Annexe, formuler des remarques et des recommandations dans une Note commune pour permettre à la CoCoF de réévaluer l'Annexe. La note précisera notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les indicateurs demandés qui sont déjà disponibles</li> <li>- Les indicateurs demandés qui pourraient être disponibles moyennant certaines conditions</li> <li>- Les indicateurs demandés qui ne pourront jamais être disponibles, et pour quelle(s) raison(s)</li> </ul>	<p>Accompagner les services vers la mise à jour ou l'adoption de nouveau(x) logiciel(s) pour permettre de recueillir à l'avenir les nouvelles données demandées. Notons qu'avec les logiciels actuels, la plupart des SSM sont outillés pour documenter certaines variables concernant les patients et les consultations, mais les autres types d'activité (accueil, prévention, activités de groupe, activités au bénéfice d'autres professionnels) restent peu ou très diversement documentées.</p>
<p>(2) Plus généralement, développer une perspective critique et constructive sur le recueil de données en santé mentale ambulatoire, pour soutenir une meilleure représentation du secteur</p>	

## 2. Premier survol rapide de l'Annexe de l'Arrêté 2019/2408

Un premier survol rapide de l'ensemble de l'Annexe nous permet d'estimer le travail qui sera à réaliser, de préciser certains éléments et d'anticiper certaines difficultés. Allons-y, en gardant sous les yeux [l'Annexe \(version avec les codes pour mieux s'y retrouver\)](#).

### 2.1. Section I. (données administratives)

- 2.1.1. Remarque 1 : toutes les questions relatives à « votre ASBL » (A3, A4, A4bis etc.) sont en réalité relatives au « Service agréé » (correction indiquée par la CoCoF). En effet, il faut bien 1 rapport d'activité par agrément. Donc en cas d'ASBL multi-agréments, le rapport d'activité ne couvre pas l'ensemble de l'ASBL mais bien un seul agrément à la fois.
- 2.1.2. Question 1 // A3, A4 et A4bis : ces indicateurs sont relatifs à la force de travail (nombre d'ETP).
- 2.1.2.1. Quid des travailleurs payés en partie par la CoCoF, et en partie sur fond propre ? On découpe leur temps de travail en x ETP CoCoF et y ETP financés par une autre source ?
- 2.1.2.2. Surtout, quid des travailleurs *financés par le SSM mais détachés* pour réaliser des permanences dans une autre institution (Lieu de Lien, Maison Verte, etc.) ? Faut-il compter ce temps de travail dans le rapport d'activité (RA) du SSM, ou dans celui de l'autre institution, ou dans les deux ? Risque de double comptage...
- 2.1.3. Question 2 // Qual3 : cet indicateur qualitatif demande de décrire les activités/mesures visant à « encourager l'inclusion des personnes en situation de handicap », deux choses à ce sujet :
- 2.1.3.1. Faut-il entendre *inclusion* au sens fort : travailler l'inclusion de ces personnes dans la société, leur réhabilitation sociales et pas uniquement l'accès au service par exemple ? Dans ce sens, placer une rampe d'accès pour PMR joue sur l'accessibilité du service, mais pas sur l'inclusion des personnes handicapées.
- 2.1.3.2. Parle-t-on des *bénéficiaires* (patients) ou également du *personnel* (travailleurs), sachant que les politiques d'inclusion du SSM peuvent toucher les premiers comme les seconds ?
- 2.1.4. Question 2bis // GLOqual, Xqual1, Xqual2 etc. : ces indicateurs qualitatifs invitent à décrire en toutes lettres l'activité du service. Cela soulève deux mouvements : 1° ça peut être énorme et demander beaucoup de travail... 2° on nous demande beaucoup de chiffres et peu de mots, la CoCoF risque de passer à côté de ce qu'on fait. Serait-il possible, sans contraindre les services dans un canevas trop balisé, de donner quelques exemples d'une description d'activité *attendue* par l'Administration ?

### 2.2. Section II. (données relatives aux bénéficiaires)

- 2.2.1. Remarque 2 : sous le titre II. dans l'Annexe, il est précisé « Veuillez ne pas encoder dans cette partie les données relatives à vos activités collectives ou communautaires. Les données des bénéficiaires » (phrase interrompue). On demandera à la CoCoF la version complète de cette remarque, mais l'idée est la suivante : on comptabilise dans la section II. les données relatives aux bénéficiaires d'activités individuelles. Pour les activités collectives, le nombre total de bénéficiaire doit être indiqué ailleurs (voir indicateurs ACOL5, PRC5).
- 2.2.2. Question 3 // II. : suite à la remarque 2, restent ouvertes certaines questions : qui sont les « bénéficiaires » à encoder dans la section II, qui ne le sont pas ?
- 2.2.2.1. Les personnes qui bénéficient d'un accueil par le secrétariat par exemple, sans bénéficier ensuite d'une prestation quelconque, doivent-elles être encodées comme « bénéficiaires » dans la section II. ? Question assez complexe : à partir de quand est-on « bénéficiaire » quand on est reçu par un service, sur place ou par téléphone, mais sans réellement bénéficier d'une « prestation » ?

- 2.2.2.2. Les professionnels qui bénéficient d'activités d'appui aux professionnels doivent-ils eux-aussi être encodées dans la section II. ? A première vue, mêler usagers et professionnels dans une même grande catégorie de « bénéficiaires » paraît peu précis, d'autant plus que les informations pertinentes à recueillir pour les usagers (genre, âge, revenus etc.) et pour les professionnels bénéficiaires (fonction professionnelle, type d'institution, etc.) ne seraient pas les mêmes.
- 2.2.3. Question 4 // B1 bis : Il faudra clarifier ce que l'on entend par *nouveau* bénéficiaire et, si possible, homogénéiser les pratiques : dans certains cas on considère qu'un patient qui a consulté plusieurs années au paravent, et revient dans le service, n'est pas un « nouveau » bénéficiaire car il est déjà connu. Mais encore faut-il qu'il soit effectivement reconnu par le service. Dans d'autres cas, les professionnels considèrent qu'il peut s'agir d'une nouvelle demande, typiquement lorsque le patient a été suivi enfant ou adolescent et revient plus tard à l'âge adulte. La plupart des services n'utilisent pas de lecteur de carte d'identité, et peuvent avoir tendance à créer de nouveaux dossiers pour des anciens patients qui n'ont pas fréquenté le service durant une longue période. Plus fondamentalement, est-ce qu'il ne faudrait pas effectivement considérer ces cas comme des « nouveaux » bénéficiaires, lorsque le bénéficiaire revient dans le cadre d'une « nouvelle » demande ?
- 2.2.4. Question 5 // B4bis :
- 2.2.4.1. L'indicateur se réfère à la commune de « domiciliation » des bénéficiaires. Ne faudrait-il pas plutôt prêter attention au lieu de *résidence* effectif du bénéficiaire ? La répartition géographique effective des bénéficiaires semble sociologiquement plus intéressante que leur inscription administrative.
- 2.2.4.2. Si la le lieu de *résidence* est retenu, cela posera cependant question dans des cas de résidence multiple (enfant de parents séparés, étudiants qui vit en kot, etc.). Mais permettre aussi d'inclure plus facilement les personnes sans domicile fixe.
- 2.2.5. Question 6 // B6 :
- 2.2.5.1. A première vue il ne paraît pas évident pour les cliniciens de demander aux bénéficiaires s'ils sont propriétaires ou locataires. Rappelons ici que l'Arrêté précise que les données relatives aux bénéficiaires ne doivent pas être collectées si des motifs « relevant de la pratique professionnelle de la structure » le justifient (autrement dit, si c'est cliniquement ou pratiquement pas faisable).
- 2.2.5.2. Certains s'interrogent également sur l'intérêt de recueillir ce type de données auprès des usagers des SSM : quelle est la visée ?

### 2.3. Section III. (indicateurs d'activité)

- 2.3.1. Remarque 3 : Lorsque les indicateurs sont définis comme la « répartition des activités » selon le type, le lieu, etc. il ne faut compter qu'une seule fois chaque activité. Autrement dit, en faisant la somme des activités d'accueil par lieu de contact par exemple (ACC4), on doit obtenir le nombre total d'activités d'accueil (ACC1). Une exception : la répartition des activités par thématique (par exemple ACC5). Une même activité peut s'inscrire dans plusieurs thématiques (ce qui permettrait d'ailleurs de rendre compte de la complexité des situations rencontrées). La somme des activités par thématique peut donc être supérieur au nombre total d'activités.
- 2.3.2. Remarque 4 // ACC7 et homologues : L'encodage d'activités de prévention individuelle pose question : « On en fait presque toujours, conjointement à un accueil, un suivi ou un accompagnement, mais on ne le note jamais ». « Prévenir quoi exactement ? ». Il apparaît difficile pour les cliniciens d'identifier ce qui relève de la prévention et ce qui n'en relève pas.
- 2.3.3. Question 7 // ACOL5 : Nombre de bénéficiaires d'accompagnements collectifs. Parle-t-on, comme dans la section II., de *bénéficiaires uniques* ? Compter le nombre de bénéficiaires uniques suppose l'identification et l'inscription des bénéficiaires, ce qui n'est pas systématiquement le cas pour les activités collectives – en particulier dans le cadre de dispositifs bas seuil. Compter le nombre de bénéficiaires présents à chaque activité et sommer le tout (en acceptant la présence de doublons) paraît plus praticable.



2.3.4. Question 8 : Dans quels référentiels ranger quelles activités ? Une première difficulté provient du fait que les « types d'activité » mêlent deux dimensions différentes : le type d'activité proprement dit (ce que l'on fait), et la fonction du professionnel impliqué (psychiatre, logopède, psychologue clinicien etc.). C'est particulièrement le cas dans le référentiel du soin (SO), où l'on distingue les interventions médicales spécifiques (SO4) et les actes paramédicaux (SO5) selon la fonction du thérapeute, les consultations psychologiques (SO6) semblent *a priori* ne concerner que les psychologues cliniciens... ou pas. Tandis que dans le référentiel de l'accueil (ACC2) ou d'accompagnement individuel (ACI2), le type d'activité renvoie plutôt à la nature de ce qui est fait uniquement, peu importe par qui c'est fait. Cela posera des difficultés d'encodage, en particulier lorsque plusieurs professionnels de fonction différente sont impliqués dans une même prestation. Cela va aussi charrier des enjeux plus politiques : faut-il distinguer en santé mentale le soin psychiatrique, le soin psychologique et l'accompagnement psychosocial ? Pour certains services ce genre de distinction peut sembler naturelles, tandis que pour d'autres service, par exemple des services qui travaillent beaucoup avec un public qui articule des difficultés sociales et psychologique, il ne paraît pas pertinent de distinguer un accompagnement social d'un suivi psychologique.

### **3. Définition collective d'une méthode de travail**

#### **3.1. Anticipons une difficulté de timing... sans la résoudre.**

Attention, le présent groupe de travail prévoit de se réunir régulièrement et d'aboutir à une note finale pour le mois de juin 2023. Ce sera difficile d'aller beaucoup plus vite vu le travail qui nous attend. Mais la CoCoF attend vos rapports d'activité également pour la fin juin 2023. Souvent, cela implique pour les service d'avoir bouclé leur RA vers le mois d'avril, pour le faire valider en AG et finalement le remettre à la CoCoF en juin. Le risque est que les RA des services fassent référence à la note du GT avant que celle-ci ne soit aboutie. Je ne vois pas de solution à cette difficulté, gardons cela en tête.

#### **3.2. Nombre et fréquence des réunion du GT**

Après concertation, un rythme d'1 séance par mois est validé. Cela représente 8 séances (introduction + 6 séances de travail + validation de la note finale) d'ici à début juin 2023.

### 3.3. Programme et calendrier

Le calendrier et le programme suivant ont été proposés et validés. Cela n'empêchera pas des ajustements en cours de route, mais permet de cadrer le travail. Notez que par rapport à la proposition initiale formulée dans l'email d'invitation, seule la date du 18 mai (férié) a été supprimée et remplacée par le 11 mai.

N°	Dates	Heures	Sujet
1	jeudi 24 novembre 2022	9h30-11h30	Introduction : 1° Objectifs et méthode de travail du GT ; 2° 1er survol de l'Arrêté et son Annexe ; 3° Types d'activité
2	jeudi 15 décembre 2022	9h30-11h30	Rappel Introduction et volet qualitatif + Discussion Activités d'accueil
3	jeudi 12 janvier 2023	9h30-11h30	Note Activités d'accueil + Discussion Accompagnement individuel et Soins
4	jeudi 16 février 2023	9h30-11h30	Note Accompagnement individuel et soins + Discussion Accompagnement collectif et Prévention
5	jeudi 16 mars 2023	9h30-11h30	Note Accompagnement collectif et Prévention + Appui aux professionnels et Autres
6	jeudi 13 avril 2023	9h30-11h30	Note Appui aux professionnels et Autres + Données bénéficiaires
7	<del>jeudi 18 mai 2023</del> jeudi 11 mai 2023	9h30-11h30	Discussion finale
8	jeudi 1 juin 2023	9h30-11h30	Note finale