

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

Projet de PV Séance 2 (pour approbation)

15/12/2022

Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale

Marie Jenet (mj@lasm.be) – Robin Susswein (rs@lasm.be)

Présent•e•s : Isabelle Tiberghien (SSL Le Grès), Sandrine Codreanu (SSM Le Sas), Christophe Janssen (Chapelle-aux-Champs), Nora Louwies (SSM Ulysse), (...), Robin Susswein (LBSM), Marie Jenet (LBSM)

Remarque : nous avons oublié de prendre les présences, nous instaurerons une feuille de présence pour la prochaine séance.

Ordre du jour :

- 1) Rapide rappel de la Séance 1
- 2) Analyse et discussion du référentiel d'activités « Accueil »

1. Rapide rappel de la Séance 1

Lors de la première séance, nous avons posé le contexte et le cadre de travail du GT : la CoCoF initie une harmonisation du recueil de données dans l'ensemble du secteur ambulatoire et, dans ce cadre, les SSM agréés par la CoCoF sont invités à prendre part à l'évaluation du nouveau modèle de « Rapport d'activité standardisé » (RAS) proposé par l'Administration. En effet les années 2022 et 2023 sont des années de transition : les SSM doivent déjà utiliser le nouveau modèle de RAS pour leur rapport d'activité de 2022 (à remettre pour juin 2023), même s'ils ne disposent pas actuellement des données demandées par le RAS. La CoCoF attend de ces premiers RAS qu'ils permettent d'évaluer le modèle lui-même, via la formulation de remarques et commentaires par les services qui auront tenté de se l'approprier. Le présent groupe de travail vise, entre autres, à collectiviser ce travail d'appropriation et à formuler une note d'évaluation commune à destination de la CoCoF. Chaque service sera libre de faire référence à cette note commune dans la rédaction de son propre rapport d'activité.

Jérôme Pieters, de l'Administration de la CoCoF, a informé plus précisément l'ensemble des SSM à ce sujet dans son email du 12 décembre 2022.

Lors de cette première séance, nous avons également survolé une première fois l'ensemble de l'Annexe (le modèle de rapport d'activité standardisé proposé par la CoCoF). Pas de révolution concernant les données relatives aux bénéficiaires. En revanche, le recueil de données relatives aux activités est plus large et plus structuré : il porte non seulement sur les activités de consultation (déjà largement documentées par les SSM actuellement) mais aussi sur les autres types de prestations. Ainsi, la CoCoF propose un référentiel composé de 5 grandes catégories d'activité – qui a été acté dans l'Arrêté 2019/2408 et qui ne devrait pas être modifié ultérieurement : accueil, prévention, accompagnement (individuel ou collectif), soin (y compris psychiatriques et psychologiques) et appui aux professionnels.

Vous trouvez sur une page consacrée au GT sur le site web de la Ligue l'ensemble des documents officiels de la CoCoF et des documents de travail du GT, notamment le document « Référentiel d'activités issu de l'Annexe » qui reprend de manière synthétique les catégories et sous-catégories d'activité telles qu'elles sont structurées dans l'Annexe.

Aujourd'hui, nous reprenons sous les yeux l'Annexe (le modèle de rapport d'activité standardisé) et nous concentrons sur le référentiel d'activités d'Accueil.

Rappel calendrier des séances :

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'activités
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	jeudi 18 mai 2023 jeudi 11 mai 2023	9h30-11h30	Discussion finale
8	jeudi 1 juin 2023	9h30-11h30	Note finale

2. Analyse et discussion du référentiel d'activités « Accueil »

Remarque : Certains extraits du PV pourront être intégrés à la Note d'évaluation destinée à la CoCoF. Ci-dessous en vert les extraits du PV qui semblent suffisamment consensuels pour être intégrés tels quels, en orange les extraits qui semblent encore en discussion.

Le premier indicateur d'activités d'accueil de l'Annexe (ACC1) porte sur le nombre total de prestations d'accueil réalisées au cours de l'année. Aujourd'hui, certains SSM n'encodent pas d'activité d'accueil (seules sont encodées les prestations réalisées dans le cadre de suivis, pas avant que le suivi ne débute), d'autres encodent des activités d'accueil mais de manière hétérogène. Un travail important devra donc être mené auprès des SSM pour généraliser et harmoniser l'encodage de ce type d'activité. Cela posera des questions très concrètes liées à l'encodage (à partir de quand créer un nouveau dossier pour un nouveau patient ? comment encoder les activités réalisées au bénéfice d'un usager avant son inscription comme patient ? etc.), mais aussi des questions liées à la définition de ce qu'il convient d'encoder. Les questions liées aux logiciels ne seront pas traitées dans le cadre du présent groupe de travail (cf. PV Séance 1), contrairement au travail définitionnel auquel nous allons nous atteler maintenant. Nous commencerons par définir les activités d'accueil avant de parcourir les différents indicateurs de l'Annexe pour formuler des remarques, commentaires et propositions pour permettre leur appropriation par les services.

2.1. Définition « comptable » de l'accueil

La note d'analyse de l'Inter-Fédération de l'Ambulatoire de juin 2018 (IFA 2018) en témoigne : produire une définition commune de l'« accueil » n'est pas aisé. Nous identifions plusieurs difficultés à cet endroit, pour les SSM en particulier :

- Il peut être très **difficile de différencier « accueil » d'un côté et « soin » ou « accompagnement » de l'autre** : quand finit l'un, quand commence l'autre ? Dans certaines conceptions de la clinique, orientées par la psychothérapie institutionnelle notamment, l'accueil fait partie intégrante du soin.
- Même si l'on accepte de distinguer accueil et soin, en considérant que l'accueil correspond à certaines pratiques *préalables* à l'exercice de l'activité thérapeutique proprement dite, comme la prise de rendez-vous par exemple, on peut encore concevoir deux acceptions des pratiques d'accueil : l'accueil comme tâches qui se répètent à chaque rencontre avec chaque bénéficiaire d'un côté, et l'accueil comme processus de traitement d'une nouvelle demande uniquement.

Notre but ici n'est pas de définir l'accueil de manière qualitative, mais bien de circonscrire l'ensemble des pratiques qui feront l'objet d'un encodage dans le rapport d'activité en tant qu'activités d'accueil. En gardant à l'esprit qu'il ne faut pas « tout compter ».

Rappelons à cet égard le *principe de parcimonie* qui oriente notre travail : les indicateurs quantitatifs et les données recueillies pour les produire doivent permettre de rendre compte des activités et des publics

des services, tout en étant aussi limités que possible dans leur précision et dans leur étendue. Cette limitation tient compte du fait que :

- La production de données par les travailleurs doit gêner aussi peu que possible la fluidité du travail de terrain et la qualité des contacts avec les bénéficiaires.
- L'expérience des dix dernières années de recueil de données en SSM a montré qu'un excès de précision dans les informations demandées nuit à la qualité des données recueillies.
- Le recueil de données permanent ne peut pas et ne doit pas permettre de répondre de manière anticipée à toutes les questions possibles. Pour rendre compte des activités et des publics des services, ou pour répondre à des questions plus précises, les données administratives routinières nécessaires à la rédaction des rapports d'activité pourront être complétées par des données de recherche produites dans le cadre d'enquêtes (de manière non permanente).
- Le RGPD¹ qui encadre légalement le recueil de données personnelles en Europe, rappelle également le principe de « minimisation des données » : les données à caractère personnel doivent être « adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées (minimisation des données) » (Art.5).

Au fil des discussions, nous observons un consensus pour que l'encodage des données d'« accueil » ne rende compte *que* du processus d'accueil des *nouvelles demandes* (on ne va pas encoder par exemple toutes les prises de rendez-vous), et en particulier des moments où il y a rencontre entre le demandeur ou le contactant tiers et le service (on ne va pas encoder non plus les moments de réunion où l'on analyse les nouvelles demandes en l'absence du demandeur, par exemple).

Définition :

Dans le référentiel « **Accueil** », nous encodons l'ensemble des activités qui soutiennent l'**accueil des nouvelles demandes**, du premier contact jusqu'à un éventuel nouveau suivi ou réorientation, *lorsque ces activités impliquent un contact* téléphonique, présentiel ou électronique avec le demandeur ou le contactant tiers.

2.1.1. Qu'est-ce qu'une nouvelle « demande » ? Les nouvelles « **demandes** » sont l'ensemble des *premiers contacts* pris avec le service, par un-e demandeur-euse ou par un tiers, porteur-se d'une intention explicite ou implicite d'être soutenu, aidé, soigné, accompagné, etc. *quelles que soient les suites données par le service.*

⇒ **Classiquement**, lorsqu'une personne appelle le SSM pour demander un nouveau suivi, il s'agit d'une « nouvelle demande », que la demande soit formulée par la personne concernée ou par un tiers.

¹ Règlement général relatif à la protection des données : <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX:32016R0679#d1e1884-1-1> consulté le 28/12/2022

- ⇒ Lorsqu'une personne contacte le service et **exprime une détresse**, une situation qui la questionne, etc. **sans formuler clairement une demande de suivi**, c'est également une « nouvelle demande » (tant que vous percevez une intention, claire ou plus implicite, d'être aidé par le service, on considère qu'il s'agit d'une « nouvelle demande »).
- ⇒ Lorsqu'une demande est **réorientée dès le premier contact**, parce que le service n'a plus de place ou parce que le service n'est pas adéquat pour y répondre, il s'agit bien d'une « nouvelle demande » (les nouvelles demandes ne se limitent pas aux dossiers discutés et analysés en réunion, elles englobent bien *tous les premiers contacts* quelles que soient les suites données).

Qu'est-ce qui N'est PAS une « nouvelle demande » ?

- ⇒ Les usagers qui se présentent dans un lieu d'accueil bas seuil ou communautaire, en l'absence de procédure d'évaluation de la demande. Les activités réalisées dans le cadre de lieux d'accueil bas seuil ou communautaires (Lieux de lien, etc.) sont considérées comme des activités d'accompagnement collectif, et non comme des activités d'accueil. Seules sont considérées comme activités d'accueil les activités attendant au traitement des nouvelles demandes, qui précèdent une réorientation ou l'inscription du patient.
- ⇒ Quelqu'un qui contacte le service par erreur sans intention d'être aidé, un commercial qui démarché le service, etc. ou une personne qui contacte le service pour un information, mais n'a clairement pas l'intention de bénéficier d'un suivi même ponctuel.
- ⇒ Quelqu'un qui contacte le service dans le seul but d'obtenir des informations, sans autre suite envisagée.

2.1.2. Quand considère-t-on qu'une demande est « nouvelle » ? Une demande est « nouvelle »

- lorsqu'elle concerne une personne qui n'a jamais eu de contact préalable avec le service
- ou lorsqu'il y a eu un contact préalable mais que le service considère ce contact
 - est suffisamment ancien (> 1 an environ) **et**
 - différent de la demande précédente pour que celle-ci soit considérée comme « nouvelle ».

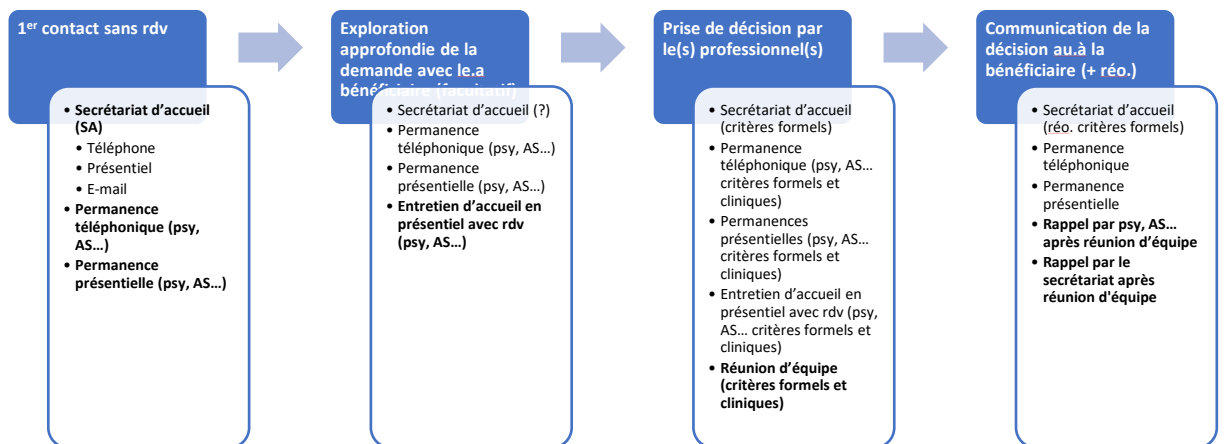
2.2. Brève description des activités d'accueil effectivement réalisées par les services

Les SSM disposent tous d'un dispositif et d'une **procédure de traitement des nouvelles demandes**. Chaque dispositif est singulier, mais tous semblent remplir 4 grandes fonctions : l'établissement d'un premier contact avec le demandeur ou le contactant tiers, l'exploration approfondie de la demande avec le demandeur ou le contactant tiers, la prise de décision relative aux suites données à la demande, et enfin la communication de cette décision au demandeur ou au contactant tiers y compris l'éventuelle réorientation.

Ces fonctions sont concrétisées au travers d'une variété de dispositifs d'accueil : l'accueil téléphonique, présentiel ou électronique (e-mail) sans rendez-vous au secrétariat d'accueil par une secrétaire accueillante, l'accueil téléphonique ou présentiel sans rendez-vous lors d'une permanence d'accueil par un thérapeute² (notons que ces permanences peuvent être mises en place durant des tranches horaires définies, ou de manière continue lorsque le service est ouvert), l'entretien d'accueil sur rendez-vous avec un thérapeute, la réunion d'équipe et enfin l'entretien de rappel.

Selon les procédures d'accueil, les différentes fonctions de l'accueil peuvent être réalisées conjointement lors d'un même acte d'accueil (c'est typiquement le cas lorsqu'un SSM organise une permanence d'accueil sans rendez-vous avec un thérapeute qui établit le premier contact, explore la demande de manière approfondie, prend et communique la décision quant aux suites données lors d'une même première rencontre avec le demandeur) ; ou au contraire donner lieu à une division du travail (étape 1 : prise de contact avec le secrétariat, étape 2 : le secrétariat relaie la demande en réunion d'équipe, étape 3 : l'équipe propose éventuellement un entretien d'accueil pour mieux comprendre la demande, étape 4 : une décision est prise par un thérapeute ou en équipe, étape 5 : un thérapeute rappelle le demandeur et lui communique la décision prise par le service).

Il existe une multitude de variantes de procédures d'accueil et nous ne les décrivons pas ici, mais il est utile de garder à l'esprit les principales activités que peuvent réaliser les services dans le cadre du traitement d'une nouvelle demande.



Au regard des éléments de définition posés précédemment, seuls seront encodées les activités d'accueil réalisées dans le cadre du traitement d'une nouvelle demande et *en contact* (présentielle, téléphonique ou électronique) avec le bénéficiaire ou le contactant tiers. Concrètement, **nous proposons que soient encodées comme activités d'accueil les 4 types d'activités suivants :**

- i. Premier contact sans rendez-vous avec le secrétariat (modalités de contact : téléphonique, présentiel, électronique)

² Nous utilisons le terme « thérapeute » pour désigner toutes les fonctions professionnelles d'accompagnement et de soin (assistant social, psychologue, psychiatre, logopède, etc.), à l'exclusion de la fonction de secrétaire-accueillant et d'éventuelles autres fonctions plus administratives.

- ii. Premier contact sans rendez-vous avec un thérapeute lors d'une permanence d'accueil (modalités de contact : téléphonique ou présentiel)
- iii. Entretien d'accueil sur rendez-vous avec un thérapeute
- iv. Entretien de rappel³

Rappelons ici que l'analyse des demandes en réunion d'équipe ne fera pas l'objet d'un encodage comme activité d'accueil car celui-ci se limite aux activités réalisées en contact avec le demandeur ou le contactant tiers.

En outre, la brève description des activités d'accueil effectivement réalisées par les SSM nous amène à souligner **deux implications en termes d'encodage** :

- **Le traitement d'une même nouvelle demande peut donner lieu à l'encodage de plusieurs activités d'accueil.** C'est le cas par exemple lorsqu'un demandeur est reçu par le secrétariat (1 encodage « Premier contact sans rendez-vous avec le secrétariat »), est ensuite rencontré par un thérapeute pour mieux comprendre sa demande (1 encodage « Entretien d'accueil sur rendez-vous avec un thérapeute »), et est finalement rappelé quelques jours plus tard suite à une décision d'équipe (1 encodage « Entretien de rappel : décision finale et éventuelle réorientation »).
- **Selon la manière dont ils organisent leur procédure d'accueil** (« tout-en-un » versus « division du travail »), **les services auront tendance à encoder un plus grand ou un plus petit nombre d'activités d'accueil pour un même nombre de demandes traitées.** Il serait dès lors utile de rendre compte, parallèlement au nombre total d'activités d'accueil réalisées, du nombre total de nouvelles demandes traitées (ce dernier indicateur ne demande pas un encodage supplémentaire).

2.3. Commentaires et remarques au sujet de l'Annexe, référentiel Accueil

2.3.1. Nombre de prestations d'accueil (ACC1)

Concernant l'indicateur « Nombre total de prestations d'accueil », nous renvoyons le lecteur au point 2.1. ci-dessus (Définition « comptable » de l'accueil) qui précise quelles activités doivent ou non faire l'objet d'une prise en compte dans le référentiel « Accueil » du recueil de données. Rappelons que 1 nouvelle demande peut faire l'objet de plusieurs prestations d'accueil.

³ L'encodage ou non des entretiens de rappel pose encore question. D'un côté, le rappel d'un demandeur par le thérapeute peut être une activité d'accueil conséquente, donnant lieu à un réel accompagnement téléphonique, par exemple pour une réorientation qui tienne compte des coordonnées clinique de la demande. Ce type d'activité mériterait d'être encodé au même titre qu'un entretien d'accueil ou qu'un accueil lors d'une permanence. D'un autre côté, lorsque la procédure d'accueil est divisée en plusieurs étapes, peuvent avoir lieu de nombreux rappels du demandeur par le secrétariat (pour fixe un rendez-vous d'entretien d'accueil, pour vérifier les disponibilités du demandeur, etc.). Dans ces cas, le rapport « coût/pertinence » de l'encodage n'apparaît pas évident (encoder un rappel téléphonique formel qui dure 2 minutes et qui vise uniquement à confirmer un rendez-vous paraît excessif). Enfin, si ces exemples sont parlants, il apparaît difficile de définir clairement et succinctement les « entretiens de rappel » qui mériteraient d'être encodés et les « simples rappels » qui ne doivent pas l'être... On risque de favoriser à cet endroit des pratiques d'encodage hétérogènes, ce qui sera problématique dans l'utilisation des données.

2.3.2. Types d'activité d'accueil (ACC2)

Dans l'Annexe, la CoCoF propose de distinguer les 3 *types d'activité* d'accueil suivants (en plus des catégories résiduelles « Autre » et « Données manquantes ») : Écoute et information, conseil, testing... ; Appui administratif ; Accueil secrétariat

III. Indicateurs d'activités

Veuillez compléter les indicateurs suivants pour chaque type d'activité réalisé au cours de l'année civile considérée.

Indicateurs d'activités : Accueil

Nombre total de prestations d'accueil

--	--	--	--	--	--	--	--

Répartition des prestations d'accueil par type d'activité

Écoute et information, conseil, testing, ...							
Appui administratif							
Accueil secrétariat							
Autre							
Données manquantes							

2.3.2.1. Écoute et information, conseil, testing...

Inclure le « testing » dans le référentiel d'accueil n'est pas pertinent. Le testing en SSM est une activité clinique à part entière, qui demande un temps de rencontre avec le patient, et un temps d'analyse parfois important. Cela ne doit pas être confondu avec l'analyse d'une nouvelle demande dans le cadre d'un premier contact ou d'un entretien d'accueil. Nous suggérons d'exclure le terme « testing » de cette catégorie.

Moyennant cette modification, cette catégorie pourrait être utilisée pour désigner **toutes les activités d'accueil réalisées par les thérapeutes en contact avec le demandeur ou le contactant tiers**, soit :

- Premier contact sans rendez-vous avec un thérapeute lors d'une permanence d'accueil (modalités de contact : téléphonique ou présentiel)
- Entretien d'accueil sur rendez-vous avec un thérapeute

2.3.2.2. Appui administratif

Nous ne comprenons pas à quelles activités réelles peut correspondre la catégorie « Appui administratif ». La note de l'IFA (2018) ne donne pas d'indication à ce sujet. Nous suggérons de supprimer cette catégorie.

2.3.2.3. Accueil secrétariat

La catégorie « Accueil secrétariat » peut correspondre aux « Premier contact sans rendez-vous avec le secrétariat ».

Proposition (ACC2) :

Répartition des prestations d'accueil par type d'activité						
	Écoute et information, conseil...					
	Entretien d'accueil sur rendez-vous avec un thérapeute					
	Premier contact sans rendez-vous avec un thérapeute lors d'une permanence d'accueil					
	Entretien de rappel par un thérapeute					
	Accueil secrétariat					
	Premier contact sans rendez-vous avec le secrétariat					
	Entretien de rappel par le secrétariat					

2.3.3. Répartition des prestations d'accueil par type de contact (ACC3)

L'Annexe distingue 5 « types de contact » : Individuel / Face à face ; Collectif ; Téléphonique ; E-mail ; E-permanence.

Répartition des prestations d'accueil par type de contact

Individuel / Face à face							
Collectif							
Téléphonique							
E-mail							
E-permanence							
Autre							
Données manquantes							

Ce découpage pose un problème méthodologique dû au fait que **plusieurs dimensions sont couvertes par un même indicateur** : les modalités de prise de contact d'un côté (face-à-face, par téléphone, par e-mail etc.) et le format de la prise de contact d'un autre côté (individuel ou collectif). Rappelons que ces catégories devraient être mutuellement exclusives (chaque activité devant être rangée dans une et une seule catégorie). La multi-dimensionalité pose alors problème : dans quelle catégorie classer par exemple un entretien d'accueil réalisé avec une famille au sein même du service (collectif et face-à-face) ?

Pour éviter ce problème, nous proposons de distinguer les deux dimensions (modalité et format) qui apparaissent mêlées dans l'indicateur « type de contact ».

Proposition (ACC3) :

Répartition des prestations d'accueil par modalité de contact				
	Présentiel (face-à-face)			
	Téléphonique			
	E-mail			
	E-permanence (chat, forum, etc.)			
	Autre			
	Données manquantes			
Répartition des prestations d'accueil par format de contact				
	Individuel			
	Couple			
	Famille			
	Groupe			
	Autre			
	Données manquantes			

2.3.4. Répartition des prestations d'accueil par lieu de contact (ACC4)

L'Annexe distingue 7 « lieux de contact » (outre les catégories résiduelles « Autre » et « Données manquantes ») : Dans le service ; Milieu scolaire ; Evénement public, milieu festif, ... ; Rue ; Au de l'institution du bénéficiaire (milieu carcéral, milieu sportif, entreprise, maison de repos, ...) ; Institutions extérieures partenaires ; Dispositifs mobiles.

Répartition des prestations d'accueil par lieu de contact

Dans le service						
Milieu scolaire						
Evénement public, milieu festif, ...						
Rue						
Au sein de l'institution du bénéficiaire (milieu carcéral, milieu sportif, entreprise, maison de repos, ...)						
Institutions extérieures, partenaires						
Dispositifs mobiles						
Autre						
Données manquantes						

Sur le fond, qu'il s'agisse d'accueil ou d'autres types d'activité, nous comprenons l'intérêt de distinguer les contacts réalisés au sein même du service des contacts réalisés en dehors de celui-

ci. Nous rencontrons cependant quelques **difficultés méthodologiques** dans la catégorisation proposée :

- La distinction entre « Au sein de l’institution du bénéficiaire (milieu carcéral, milieu sportif, maison de repos,...) » et « Institutions extérieures, partenaires » n’est pas claire. Nous avons l’impression que le premier item rassemble des lieux de résidence et le second des lieux d’activité, mais sans certitudes.
- Si l’idée de distinguer les sous-catégories de lieux de contact extérieurs au service lui-même est confirmée, il nous paraîtrait alors pertinent d’ajouter le « Domicile du bénéficiaire » parmi les lieux de contact, celui-ci pouvant être un « Domicile privé » ou une « Institution résidentielle (milieu carcéral, maison de repos, initiative d’habitation protégée, etc.) »
- L’item « Dispositifs mobiles » introduit de la confusion : il ne s’agit pas d’un lieu de contact contrairement aux autres items, et par ailleurs tous les contacts réalisés en dehors du service pourraient être rangés dans cette catégorie. Nous suggérons de supprimer cet item.

Proposition (ACC4) :

Répartition des prestations d'accueil par lieu de contact									
	Dans le service								
	A l'extérieur du service								
		Milieu scolaire							
		Événement public, milieu festif,...							
		Rue							
		Dans d'autres institutions partenaires (qui ne sont pas le domicile du bénéficiaire)							
		Au domicile du bénéficiaire							
		Domicile privé							
		Institution résidentielle (milieu carcéral, maison de repos, initiative d'habitation protégée, etc.)							

2.3.5. Répartition des prestations d’accueil par thématique (ACC5)

L’Annexe distingue les 13 thématiques ci-dessous (outre « Autre » et « Données manquantes ») :

Répartition des prestations d'accueil par thématique

Logement									
Santé physique / vieillissement									
Santé mentale									
Assuétudes									
Situation financière et économique / endettement									
Droit									
Insertion/emploi/formation									
Domaine scolaire									
Vie sociale / lien social									
Vie familiale et affective									
Violence entre partenaires / familiale									
Handicap									
Problèmes administratifs									
Autre									
Données manquantes									

Nous comprenons que **la logique d'encodage est ici différente** : il ne s'agira pas de *répartir* les activités dans les catégories (1 catégorie par activité) mais bien d'*attribuer* une ou plusieurs thématiques à chaque activité (le nombre total de thématique peut être supérieur au nombre total d'activité).

Nous comprenons l'intérêt de documenter l'éventuelle complexité des nouvelles demandes adressées aux services, et les types de besoin/difficulté exprimés. C'est dans ce sens que nous comprenons cet indicateur « thématique » : il se rapporte aux besoins/difficultés exprimés et/ou identifiés par le thérapeute et éventuellement traités lors de l'activité.

Cependant, les services expriment de **nombreuses réticences** :

- Le **nombre de catégorie apparaît trop important** pour permettre un encodage fluide. C'est la principale réticence exprimée par les services. Elle apparaît d'autant plus justifiée que *chaque activité d'accueil* réalisée dans le cadre du traitement d'une nouvelle demande (plusieurs activités possibles pour une même nouvelle demande) devrait faire l'objet de cette documentation.
- Les activités d'accueil, et en particulier le premier contact, ne permettent pas nécessairement d'objectiver l'ensemble des thématiques qui pourront être problématisées avec le patient : **déplier une situation demande du temps**. Il y a ce que le patient met en avant lorsqu'il formule une première demande, et souvent une situation qui se complexifie au fur et à mesure des rencontres. Ne risque-t-on pas de produire une information inexacte ?
- D'un point de vue méthodologique, **l'indicateur risque de refléter d'abord des différences dans les pratiques de collecte d'information** plutôt que des différences dans les situations documentées elles-mêmes : selon que le professionnel *pose des questions*

en vue de documenter les thématiques qui peuvent être problématiques pour le patient, ou ne pose pas de question et n'indique que ce qui aura été explicité par le patient de son propre chef, les résultats seront sensiblement différents.

Tenant compte de ces remarques, nous proposons pour les activités d'accueil une distinction binaire plus simple, entre les situations qui apparaissent relever strictement du domaine de la santé mentale et celles dont le contenu apparaît couvrir de multiples thématiques.

Notons qu'un nouveau recensement des nouvelles demandes adressées aux SSM est en cours actuellement (« SND2 »), visant à reproduire et approfondir les résultats de l'enquête « Saturation » menée en 2020-2021. Dans ce cadre, de nouveaux outils de recensement ont été créés. Ceux-ci doivent permettre entre autres de documenter la multiplicité des besoins identifiés chez le patient dans le cadre du traitement d'une nouvelle demande. Deux variables sont ici utilisées : la première est une information prise *lors du premier contact* et propose une distinction binaire entre une demande « strictement santé mentale » et une demande dont le contenu est relatif à de « multiples domaines ».

Contenu de la demande :

- Strictement santé mentale
- Multiples domaines (santé, droits sociaux, logement, addictions etc.)
- Inconnu/à clarifier

La seconde variable est une information prise *lors de la première rencontre entre le patient et le thérapeute lorsqu'un nouveau suivi débute*. Le thérapeute peut alors indiquer les domaines de la vie dans lesquels le patient manifeste des besoins ou des difficultés. Les 10 catégories ont été définies sur la base du *Camberwell Assessment of Need (CAN)*, version clinique traduite en français par A. Lesage (CAN-C), dont les 22 catégories ont été triées et agrégées pour les réduire à 10.

Patient-e manifeste des besoins ou difficultés dans le(s) domaine(s) suivant(s) :

(possibilité de cocher plusieurs)

- 1. Se loger et/ou manger à sa faim
- 2. Entretien son habitation et/ou hygiène personnelle
- 3. Lire, écrire et/ou naviguer sur Internet (pour enfant → scolarité)
- 4. Faire valoir ses droits sociaux
- 5. Amitiés et contacts sociaux
- 6. Relations sentimentales, vie sexuelle et/ou violences domestiques
- 7. Consommation d'alcool, drogues et/ou médicaments
- 8. Santé physique
- 9. Détresse psychologique
- 10. Idées/comportements suicidaires ou vouloir se faire du mal
- Autre :

Les premiers résultats devraient être disponibles en mai 2023 et devront permettre d'évaluer la robustesse de ce type de recueil de données.

Proposition (ACC5) :

Répartition des prestations d'accueil selon le contenu de la demande					
	Strictement santé mentale				
	Multiplés domaines (santé, droits sociaux, logement, addictions, etc.)				
	Données manquantes				

2.3.6. Répartition des prestations d'accueil par type de suites (ACC6)

L'Annexe distingue 5 types de suites données aux activités d'accueil (outre « Autre » et « Données manquantes ») : Liste d'attente/service complet ; Orientation interne – Accompagnement ; Orientation interne – Soins ; Orientation externe ; Aucune suite.

Répartition des prestations d'accueil par type de suites

Liste d'attente / service complet									
Orientation interne - Accompagnement									
Orientation interne - Soins									
Orientation externe									
Aucune suite									
Autre									
Données manquantes									

Nous comprenons l'intérêt de documenter les suites données aux nouvelles demandes, notamment pour **mieux rendre compte de l'accessibilité des services et de leur éventuelle saturation**. Jusqu'en 2020, la plupart des services ne documentaient pas les suites données aux nouvelles demandes, ou le faisaient de manière hétérogène. La récente enquête « Saturation » a demandé aux SSM de documenter cette information durant sur une période limitée, de manière uniforme (les SSM poursuivent par ailleurs le recueil de données permanent selon sa forme habituelle). Cela a permis aux SSM et à la Ligue de mieux comprendre les difficultés méthodologiques qui peuvent alors se présenter.

Il convient d'abord de **distinguer les suites données à chaque activité d'accueil d'une part, de l'issue finale d'une nouvelle demande d'autre part**. Car une nouvelle demande peut donner lieu à plusieurs activités d'accueil. Si l'on cherche à rendre compte, par exemple, de la proportion des nouvelles demandes qui peuvent donner lieu à un nouveau suivi (indicateur d'accessibilité) ou

qui doivent être réorientées en raison du manque de disponibilité (indicateur de saturation), il faut connaître :

- Le nombre total de nouvelles demandes reçues
- L'issue finale de chaque nouvelle demande (acceptée, réorientées en raison du manque de places, réorientées pour une autre raison, sans suite etc.)

Dans l'Annexe, l'objectif semble plutôt être de documenter chaque activité d'accueil, et non l'issue finale du traitement des nouvelles demandes. Concrètement, il s'agirait de *répartir* les activités d'accueil selon les suites données, et donc la somme de ces valeurs doit correspondre au nombre total d'activités d'accueil. Soulignons encore une fois que **ces indicateurs ne permettront pas de refléter l'accessibilité des services ni la saturation du secteur.**

Si nous suivons l'Annexe dans cette logique d'encodage relatif à chaque *prestation d'accueil*, nous identifions quelques **difficultés méthodologiques avec la catégorie « Liste d'attente / service complet »** :

- « **Liste d'attente** » et « **service complet** » sont deux notions différentes : le placement sur liste d'attente fait bien partie des suites que certains services peuvent donner à une nouvelle demande. « Service complet » renvoie plutôt à ce qui *motive* ou *justifie* le fait de donner telle suite à telle prestation d'accueil. En pratique, lorsque le service n'a plus de disponibilités pour accorder un nouveau suivi à une nouvelle demande qui devrait pouvoir en bénéficier, soit la demande est placée sur liste d'attente, soit la demande est réorientée.
- Lorsqu'une demande est placée sur liste d'attente, à l'issue du délai d'attente elle peut bénéficier d'un nouveau suivi ou être réorientée. Il est possible que ces « 2^{èmes} suites » (la suite donnée au placement sur liste d'attente) arrivent à l'issue d'un simple appel téléphonique formel qui, en tant que tel, ne ferait pas l'objet d'un encodage en tant que prestation d'accueil. Ainsi, **le nombre de suites données pourrait être supérieur au nombre de prestations d'accueil**, et ne pas systématiquement y correspondre.

La **distinction entre « Orientation interne – Soin » et « Orientation interne – Accompagnement »** pose aussi question :

- Soit il y a un intérêt à connaître le type de prestation dont ont bénéficié les nouvelles demandes, et dans ce cas il conviendrait d'inclure d'autres types d'activité ou au moins une catégorie « Orientation interne – Autre » pour permettre d'encoder les **nouvelles demandes qui ont donné lieu à autre chose que de l'accompagnement ou du soin.**
- Soit le but est principalement de distinguer les prestations d'accueil qui ont pu donner lieu à un nouveau suivi quel qu'il soit, et dans ce cas la **distinction entre « accompagnement » et « soin » n'est pas nécessaire.**

Concrètement, en SSM 5 types de suites peuvent être données aux prestations de *premiers contacts* :

- Orientation vers la permanence d'accueil avec thérapeute

- Orientation vers un rendez-vous d'accueil avec thérapeute
- Orientation vers un nouveau suivi
- Placement sur liste d'attente
- Réorientation vers un autre service

Si le premier contact a été orienté en interne vers la permanence d'accueil ou vers un entretien d'accueil, ce même choix se repose une nouvelle fois à l'issue de la prestation d'accueil suivante.

Proposition (ACC6) :

Compte tenu des remarques formulées ci-dessus, et si l'objectif est bien de rendre compte des suites données aux nouvelles demandes et ainsi de l'accessibilité et du degré de saturation des secteurs, nous proposons que les **indicateurs relatifs aux suites portent sur les nouvelles demandes et non sur les prestations d'accueil**, et que les catégories soient découpées de la manière suivante :

Répartition des nouvelle demandes par suites ultimes (dernière réponse enregistrée au 31 décembre)					
	Orientation interne : nouvelle prestation d'accueil				
	Orientation interne : nouveau suivi				
	Placement sur liste d'attente				
	Réorientation vers un autre service				
	En raison du manque de disponibilité (plus de place)				
	Pour un autre motif				
	Traitement en cours ou sans suite				

Rappelons qu'une nouvelle **demande** est un *premier contact* pris avec le service, par un-e demandeur-euse ou par un tiers, porteur-se d'une intention explicite ou implicite d'être soutenu, aidé, soigné, accompagné, etc. Dans ce sens, 1 demande peut concerner plusieurs bénéficiaires.⁴

Comme le processus de traitement d'une nouvelle demande peut prendre du temps, il peut y avoir un décalage entre l'encodage des nouvelles demandes et l'encodage des suites ultimes données à celles-ci, en particulier pour les nouvelles demandes traitées en fin d'année. Nous proposons d'arrêter l'observation en date du 31 décembre qui devrait correspondre idéalement à la date d'extraction des données dans les différents services. Cela impliquera qu'une part des nouvelles demandes encodées durant l'année seront encore en cours de traitement.

2.3.7. Nombre total de prestations de prévention individuelle réalisées conjointement à une prestation d'accueil (nom indicateur inconnu)

⁴ Traiter statistiquement l'accueil des usagers implique de prêter attention à 3 types d'unités d'observation distinctes : les prestations d'accueil, les nouvelles demandes et les « néo-demandeurs » (les personnes concernées par les nouvelles demandes, celles qui bénéficient des activités d'accueil).

L'Annexe propose d'indiquer, pour les prestations d'accueil, le nombre de prestations d'accueil durant lesquels une prestation de prévention individuelle a été réalisée conjointement. A la lecture de la Note de l'IFA (2018), nous comprenons l'esprit de cet indicateur : les services font de la prévention individuelle, mais le plus souvent la prévention est faite de surcroît dans le cadre d'un autre type de prestation.

En pratique cependant, les SSM témoignent de l'impossibilité de définir ce qui relève de la prévention et ce qui n'en relève pas. Ils ont le sentiment que tout acte d'accueil, d'accompagnement, de soin... est porteur d'une logique de prévention, dans le sens où ils peuvent éviter des complications ultérieures, une rechute, etc.

Il nous apparaît finalement **contreproductif de compter un type d'activité que les acteurs de terrain ne parviennent pas à identifier clairement**. Cela produirait des données qui reflèteraient essentiellement des parti pris définitionnels ou des manières d'organiser le recueil de données.

Dans ce contexte, **nous proposons soit de supprimer cet indicateur, soit de le remplacer par un indicateur qualitatif** qui viendrait compléter les « Xqual1 » (« Pour chaque type d'activités [ACT1] veuillez décrire et illustrer les prestations (...) »). Un indicateur qualitatif complémentaire pour les activités de prévention individuelle apparaît en effet nécessaire car ce type d'activité n'est pas repris dans la liste « ACT1 » visée par l'indicateur qualitatif « Xqual1 ».

2.3.8. Nombre de bénéficiaires présents sur liste d'attente au 31 décembre

Soulignons ici que le nombre de personnes sur liste d'attente ne peut être considéré isolément comme un indicateur de la saturation du secteur. En effet, d'un service à l'autre l'usage des listes d'attente est variable mais répond presque toujours au même souci : éviter que le temps d'attente ne devienne excessivement long. Dans cette perspective, il n'est pas rare que des services suspendent provisoirement ou définitivement l'usage des listes d'attente et préfèrent réorienter les nouvelles demandes excédentaires. Ainsi, le nombre de personnes inscrites sur liste d'attente reflète d'abord les choix organisationnels des services, plutôt que leur degré de saturation. Pour rendre compte de la saturation, nous conseillons de tenir compte conjointement de la part des nouvelles demandes réorientées pour motif de saturation.

Soulignons également que l'indicateur porte bien ici sur le *nombre de bénéficiaires* (et non sur le nombre de demandes). Cela demandera donc, outre de compter le nombre de prestations d'accueil (ACC1) et le nombre de nouvelles demandes (cf. 2.3.6.), de comptabiliser également le nombre de bénéficiaires de prestations d'accueil, pour en extraire ensuite le nombre de bénéficiaires inscrits sur liste d'attente.

Le nombre total de bénéficiaires d'activités d'accueil correspond au nombre de bénéficiaires différents ayant bénéficié d'au moins une activité d'accueil au cours de l'année.

Tenons compte de ces avertissements, et moyennant les aménagements techniques nécessaire (cf. 2.4.3.), il apparaît possible de renseigner cet indicateur.

Proposition (ACC7) :

Nombre total de bénéficiaires d'activités d'accueil					
Veuillez indiquer le nombre de bénéficiaires présents sur votre liste d'attente au 31 décembre					

2.4. Autres questions et remarques

2.4.1. Impact sur référentiel « Accueil » sur le nombre total de bénéficiaires uniques (B1)

Plus tard nous nous intéresserons à la section « II. Données relatives aux bénéficiaires ». Les bénéficiaires des activités collectives ou communautaires sont exclus de cette section. Mais qu'en est-il pour les bénéficiaires de prestations d'accueil ? Faut-il les inclure dans la file active ? Ou ne faut-il y encoder que les usagers qui ont bénéficié d'un nouveau suivi ?

Dans l'Annexe il n'existe aucun indicateur relatif au *nombre total d'usagers* ayant bénéficié d'une prestation d'accueil. Le nombre total de prestations d'accueil est demandé, et nous suggérons (cf. 2.3.6.) d'indiquer également le nombre total de *nouvelles demandes* (une demande pouvant être relative à plusieurs personnes, le nombre de nouvelles demandes ne permet pas de connaître le nombre de bénéficiaires).

Nous pensons qu'il y a une différence importante entre le fait de bénéficier d'un accueil et le fait de bénéficier d'un suivi. Actuellement cette différence n'est pas nette dans les données transmises par les SSM : tout dépend du moment de l'ouverture d'un nouveau dossier (dès le premier contact ou à partir de la première prestation dans le cadre d'un nouveau suivi), et de l'encodage ou non des prestations d'accueil. Si, à l'avenir, les prestations d'accueil sont systématiquement encodées, il semble important de différencier la file active des bénéficiaires effectivement suivis d'un côté, d'une file active plus large englobant également les personnes accueillent mais non suivi (réorientées, sur liste d'attente, etc.) d'un autre côté.

Dès lors, nous proposons d'ajouter un indicateur relatif au nombre de bénéficiaires d'activités d'accueil (bénéficiaires uniques)⁵ et d'exclure ceux-ci du reste de la file active (B1).

2.4.2. Quid des lieux d'accueil et d'accompagnement collectif extérieurs aux SSM

C'est une question abordée en Séance 1 et qui porte sur l'objet même du rapport d'activité : que faire des activités réalisées par les travailleurs du SSM dans d'autres lieux, lorsque ces lieux ne disposent pas d'un agrément et sont animés par des travailleurs issus de différentes institutions,

⁵ Celui-ci étant déjà nécessaire pour compter le nombre de bénéficiaires inscrits sur liste d'attente (cf. 2.3.8.)

ou lorsque ces lieux sont animés exclusivement par les travailleurs d'un même SSM. Nous aurions tendance à considérer que dans le premier cas c'est le lieu lui-même qui doit produire son propre rapport d'activité ; les activités réalisées dans ce cadre ne doivent pas être comptabilisées par le SSM pour éviter des doubles comptages, cela peut être rappelé dans la section « Indicateurs d'activité : Accompagnements collectif et/ou communautaire », indicateur qualitatif (ACOLqual) ; la participation du SSM à ce lieu d'activité doit être décrite dans le volet qualitatif de l'Annexe (GLOqual, Xqual1 et Xqual2). A suggérer à la CoCoF.

2.4.3. Indicateurs et encodage : un investissement humain et matériel nécessaire

Quelle que soit la forme du recueil de données concernant les activités d'accueil, une importante refonte des outils d'encodage sera nécessaire pour produire ces informations en raison de l'actuelle absence et/ou hétérogénéité des données recueillies par les SSM concernant l'accueil. Les deux vagues de l'enquête « Saturation » (2020-2021 et 2022-2023) et les outils de recensement (« SND » et « SND2 ») construits à cette occasion pourront orienter ce travail. Les savoirs issus de la recherche qualitative menée par la Ligue dans le cadre du projet « Accueillir les souffrances psychiques dans la cité » pourront également être mobilisés. Mais un **investissement humain et matériel** pour la création et l'implantation de nouveaux outils logiciels, ainsi que le service aux utilisateurs, sera nécessaire.