

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

Projet de PV Séance 4 (pour approbation)

Accompagnement et soin (II)

16/2/2023

Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale

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

Présent•e•s :

- Laurence Dermine (CG Ixelles)
- Sandrine Codreanu (SSM Le SAS)
- Laetitia Vanwynsberghe (SSM Le SAS)
- Laetitia D'Argenbeau (SSM Anaïs)
- Michele C. (Nouveau Centre Primavera)
- Claire Coeckelberghs (SSM Champ de la Couronne)
- Ombeline Dessain (SSM Champ de la Couronne)
- Manon Flagel (SSM Free Clinic)
- Isabelle Tiberghien (SSM Le Grès)
- Laurence Corbiau (SSM Le Norois)
- Valérie Sprockeels (SSM L'Été)
- Carole Lourdeau (SSM Uccle-Forêt-WB)
- Nora Louwies (SSM Ulysse)
- Marie Jenet (LBSM)
- Robin Susswein (LBSM)

Ordre du jour :

- 1) Validation PV séance 3
- 2) Quelle place pour les couples et les familles ?
- 3) Module Accompagnement individuel
- 4) Module Soins

1. Validation PV séance 3

Le PV de la séance 3 n'a pas pu être envoyé à l'avance. Nous le parcourons ensemble et le validons.

2. Quelle place pour les couples et les familles ?

L'Annexe prévoit le recensement d'activités individuelles d'un côté et d'activités de groupe de l'autre. Deux questions se posent alors : 1° Comment encoder ces activités ? 2° Quelle données recueillir auprès des bénéficiaires de ces activités ?

Dans l'Annexe, seules les activités individuelles donnent lieu à des indicateurs précis au sujet des bénéficiaires (répartition de tranche d'âge, par sexe, par type de revenus etc. cf. Annexe « II. Données relatives aux bénéficiaires ») ; les bénéficiaires des activités collectives et communautaires sont décomptés (indicateur « ACOL5 ») mais aucune précision socio-démographique ne doit être apportée.

Le format d'activité « couple/famille » n'étant pas prévu, deux options ont été étudiées par le GT :

- Option 1 : encoder les activités de couple/famille dans les modules « accompagnement individuel » (renommé alors « accompagnement individuel/couple/famille ») et « soin ». Une variable supplémentaire indiquerait alors la répartition des activités selon le « format » (individuel, couple, famille).
- Option 2 : créer des modules distincts « accompagnement de couples et de familles » et « soin de couples et de familles » (au même niveau hiérarchique que « Accompagnement individuel », « Accompagnement collectif/communautaire », « Soins » etc. dans la classification de l'Annexe).

Option 1 :

Dans le premier cas on accepte d'intégrer les bénéficiaires couples et familles au module « Bénéficiaires » de l'Annexe (indicateurs socio-démographiques détaillées).

En termes d'encodage : l'option 1 nécessite de recueillir des données *individuelles* au sujet de chaque membre d'un couple ou d'une famille. Chaque personne devrait avoir son dossier individuel, comprenant les informations nécessaires au module Bénéficiaire : année de naissance, sexe, type de revenus etc. Peu importe comment on nomme les dossiers des membres d'une même famille : 1234a, 1234b, 1234c sont bien 3 dossiers distincts, qui ont chacun leur propre identifiant ou « numéro de dossier » (lettres suffixes comprises).

L'option 1 peut poser des difficultés pratiques...

- ...aux services qui ont pris l'habitude de créer 1 seul dossier pour tous les membres d'une famille (ou d'un couple). Notez qu'aujourd'hui déjà ces services fournissent alors des données biaisées : selon qu'ils choisissent de créer le dossier au nom de l'enfant, de la mère, du père ils rendent statistiquement invisibles les autres membres de la famille. A terme il faudrait éviter d'utiliser un dossier individuel pour « représenter » une famille.
- ...dans les cas (relativement rares) où la famille se joint à un suivi réalisé « au nom de l'enfant » sans assumer subjectivement le fait d'être également inclus dans le suivi. Dans ces cas, l'acte administratif d'« inscription » de l'ensemble de la famille (créer un dossier pour la mère, un pour le père etc.) peut interférer avec la relation clinique.

Des difficultés qui ne sont pas indépassables...

- S'il n'est pas pratiquement/cliniquement/éthiquement possible de recueillir des informations socio-démographiques au sujet de chaque membre de la famille, cela n'empêche pas de créer un dossier presque vide et d'alimenter ainsi les « données manquantes » du module Bénéficiaires.

L'option 1 présente aussi des potentiels avantages

- Le principal étant de visibiliser le travail avec les couples et familles, en intégrant ces patients dans la file active générale tout en reconnaissant le format spécifique de ces suivis.
- Bien sûr en termes de connaissance, le recueil de données socio-démographiques au sujet de chaque membre des couples et familles présente un intérêt

Option 2 :

Dans le second cas, on crée deux nouveaux référentiels d'activité pour les consultations de couple et de famille : « Accompagnements de couples et de familles » (pour le travail social) et « Soins pour les couples et les familles » (pour le travail psychiatrique, psychologique, de psychomotricité et de logopédie).

On peut ensuite emprunter la même logique que pour les activités collectives et communautaires : ne pas inclure ces bénéficiaires dans le module « Bénéficiaire » (Annexe II.) et donc ne pas compléter les indicateurs socio-démographiques pour les couples et familles, se contenter d'un simple comptage du nombre total de bénéficiaires de ce type d'activités.

En termes d'encodage, cette option n'implique pas de créer un dossier individuel par patient membre d'un couple ou d'une famille. En revanche, cela impliquerait que les logiciels d'encodage permettent la création de dossiers de type couple ou famille qui ne serait pas structuré de la même manière qu'un dossier individuel (en particulier, les items relatifs à des informations individuelles telles que le sexe, l'âge etc. disparaîtraient au profit d'informations se rapportant au couple/famille : nombre de personnes qui le composent, éventuellement statut de ces personnes (enfant, parent, etc.)).

Cette option risque cependant d'alourdir et complexifier la structure de l'Annexe. Dans la pratique, il semblerait bien que les prestations de type consultation, qu'elles soient individuelles de couple ou de famille, sont bien considérées avant tout comme des consultations. Il n'y a pas une démarcation franche entre les consultations individuelles et les consultations familiales, comme elle existe entre les consultations et les activités communautaires. Par ailleurs, l'existence de dossier de type « famille » risque de poser des problèmes lors de l'encodage des prestations : si l'on ne mentionne qu'une seule fois le dossier familial comme bénéficiaire d'une prestation, on ignore si tout ou une partie seulement des membres ont effectivement bénéficié de la prestation.

3. Module Accompagnement individuel

3.1. Quelles activités devraient être comptées comme « 1 prestation » d'accompagnement individuel (indicateur « ACII ») ?

On l'a indiqué précédemment, les « accompagnements » font référence au travail social (cf. PV 3). Compter le nombre total de prestations d'accompagnement individuel (ACII) nécessite de déterminer ce qui fera l'objet d'un encodage comme 1 prestation et ce qui ne devra pas être encodé. Trois enjeux à cet endroit :

- Éviter une inflation de l'encodage qui gênerait la fluidité du travail d'accompagnement et bureaucratiserait le travail en SSM
- Permettre de visibiliser l'activité sociale des SSM
- Veiller à ce que les chiffres produits veuillent bien dire quelque chose, en particulier qu'ils reflètent effectivement ce à quoi ils se rapportent, et pas uniquement la diversité des pratiques d'encodage

Point de départ : certaines prestations sont claires et font déjà l'objet d'un encodage assez homogène. Exemple : telle assistante sociale reçoit un patient en « consultation sociale » pour traiter des questions liées au logement, à l'accès aux droits etc. Il est clair pour tout le monde qu'une telle activité est comptée comme 1 prestation d'accompagnement. Mais après ce rendez-vous, le travail de l'assistante sociale se poursuit en l'absence du patient : tel jour elle passe 45 minutes à traiter administrativement ce dossier ; le lendemain elle alors qu'elle travaille sur un autre dossier tel service partenaire la rappelle au sujet du patient de la veille, cela dure 10 minutes ; le surlendemain elle prévoit 30 minutes de travail administratif entre deux rendez-vous pour répondre à divers e-mail et poursuivre des démarches en cours relatives à différents patients. Faut-il *compter* ce travail social réalisé au bénéfice du patient mais en son absence ? Si oui, comment ?

Un tour de table permet de constater qu'actuellement, les pratiques d'encodage du travail social sont diversifiées.

Globalement, trois positions se dégagent des discussions :

Position 1 : « il faut visibiliser le travail social en SSM »

Le premier item rassemble presque tous les types de prestation sociale en SSM : information, entretien, suivi administratif... Les autres catégories semblent avoir été d'avantage pensées pour d'autres secteurs, même si les SSM peuvent se reconnaître dans la « coordination autour du bénéficiaire » qui désignerait les réunions de réseau rassemblant plusieurs professionnels issus de différents services partenaires pour coordonner le suivi d'un patient, en sa présence ou en son absence. Notons cependant que cette catégorie n'est rencontrée que dans le module « Accompagnement » (travail social) alors que ce type d'activité concerne potentiellement d'autres types de professionnels (psychologues, psychiatres, etc.).

Si l'option 2 ci-dessus est retenue, il conviendrait alors de distinguer les prestations sociales en présence du bénéficiaire d'une part, le travail de suivi administratif réalisé en l'absence du bénéficiaire d'autre part, et éventuellement les réunions de réseau rassemblant des professionnels partenaires autour d'un bénéficiaire ou sa présence ou en son absence.

3.3. Les autres indicateurs ont déjà été commentés dans le module Accueil et les mêmes remarques peuvent être suivies ici (ACI3, ACI4, ACI5)

4. Module Soins

Le module « Soins » découpe les types d'activité en 4 sous-modules : médecine générale (SO3), interventions médicales spécifiques (SO4), actes paramédicaux (SO5) et consultations psychologiques (SO6) ; chacun de ces sous-modules propose de répartir les prestations par type d'activité. La médecine générale ne concerne a priori pas les SSM, nous nous concentrons sur les 3 autres modules.

4.1. Interventions médicales spécifiques (SO4)

504

Répartition des interventions médicales spécifiques par type d'activité

Psychiatrique/ psychothérapeutique	<input type="checkbox"/>																		
Gynécologique	<input type="checkbox"/>																		
Soins palliatifs	<input type="checkbox"/>																		
Assuétudes	<input type="checkbox"/>																		
Autre	<input type="checkbox"/>																		

A priori seul le type d'activité « Psychiatrique/psychothérapeutique » apparaît pertinent pour les SSM. Le fait que ces types d'activités soient intégrées dans le sous-module « interventions médicale spécifiques » suggère que seules les prestation réalisées par un médecin (psychiatre en particulier) y seront encodées. Globalement, le GT apprécie le non distinction entre acte « psychiatrique » et actes « psychothérapeutiques » exercés par un psychiatre, notamment au regard des intention du gouvernement fédéral de restreindre l'activité psychiatrique au diagnostic, conseil et prescription. Si la distinction entre acte de prescription et activité psychiatrique psychothérapeutique est en soi intéressante, le GT apprécie qu'elle n'apparaisse pas obligatoirement dans le rapport d'activité.

4.2. Actes paramédicaux (SO5)

505

Répartition des actes paramédicaux par type d'activité

Ergothérapie	<input type="checkbox"/>																		
Logopédie	<input type="checkbox"/>																		
Soins infirmiers	<input type="checkbox"/>																		
Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>																		
Psychomotricité	<input type="checkbox"/>																		
Autre	<input type="checkbox"/>																		
Données manquantes	<input type="checkbox"/>																		

Les activités des logopédie et de psychomotricité pourront être encodées dans ce volet. Cette section a été peu discutée. Un retour des professionnels concernés serait intéressant.

4.3. Consultations psychologiques (SO6)

506

Répartition des consultations psychologiques par type d'activité

Concertation intervenants	<input type="checkbox"/>																		
Testing	<input type="checkbox"/>																		
Entretien ponctuel	<input type="checkbox"/>																		
Suivi	<input type="checkbox"/>																		
Thérapie	<input type="checkbox"/>																		
Urgence, crise	<input type="checkbox"/>																		
Autre	<input type="checkbox"/>																		
Données manquantes	<input type="checkbox"/>																		

La discussion a été rapide en raison du manque de temps en fin de rencontre. Il en ressort globalement que :

- Aujourd'hui les SSM peuvent distinguer les prestations par type : thérapie, entretien, démarches et accompagnement, médication, suivi, etc. Ces distinctions ne semblent pas faire l'objet d'une définition et d'un usage commun entre les travailleurs et les services.
- Tenant compte de cela, il est proposé de restreindre les distinctions à 4 items qui paraissent clairs :
 - Suivi psychologique (entretien ponctuel, psychothérapie, suivi, etc.)
 - Testing
 - Urgence, crise
 - Concertation entre professionnels partenaires issus de différents services, en présence ou en l'absence du bénéficiaire