

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

Projet de PV Séance 5 (pour approbation)

Accompagnement et soin (III)

& Accompagnements collectifs/communautaires et prévention

16/3/2023

*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 :**

- Laurence Dermine (CG Ixelles)
- Sandrine Codreanu (Le Sas)
- Laetitia Vanwynberg (Le Sas)
- Laetitia D'Argembeau (CSM Anaïs)
- Francine Desablens (Nouveau Centre Primavera)
- Ambeline Dessain (SSM Champ de la Couronne)
- Claire Coeckelberghs (SSM Champ de la Couronne)
- Manon Flagel (SSM Free Clinic)
- Annie Nelissenne (SSM Le Grès)
- Isabelle Tiberghien (SSM Le Grès)
- Laurence Corbiau (SSM Le Norois)
- Carole Sourdiau (SSM Uccle Forêt W-B)
- Lys Gehrels (SSM Ulysse)
- Nora Louwies (SSM Ulysse)
- Eve Englebert (LBSM)
- Marie Jenet (LBSM)
- Robin Susswein (LBSM)

**Ordre du jour :**

- 1) Validation PV séance 4
- 2) Clôture volet « Accompagnements individuels » et « Soins »
- 3) Discussion volet « Accompagnements collectifs et communautaires »

## 1. Validation PV séance 4

Nous parcourons ensemble le PV de la séance précédente pour approbation. Le PV est approuvé. Les discussions sur les volets « Accompagnement individuel » et « Soins » sont synthétisées et quelques nouvelles réflexions sont proposées (cf. 2. Ci-dessous).

## 2. Clôture volets « Accompagnement individuel » et « Soins »

### 2.1. Une 4<sup>ème</sup> voie pour rendre compte des prestations d'accompagnement individuel : un indicateur pondéré

Lors de la séance précédente, la question de savoir *ce qui doit être encodé comme 1 prestation d'accompagnement individuel* avait donné lieu à des discussions. Un consensus s'est rapidement dégagé pour définir l'accompagnement individuel comme relevant du travail social en SSM, mais se posait alors la question de l'encodage (ou non) du travail social administratif réalisé en l'absence du bénéficiaire. Trois positions avaient été dégagées (cf. PV séance 4). Nous observons alors une tension entre la nécessité de ne pas bureaucratiser le travail social par un encodage trop important, et le souhait de visibiliser politiquement les démarches sociales, y compris dans leur dimension administrative.

Cette dernière position peut être résumée comme ceci : « Le politique ne prend pas souvent le temps de lire le qualitatif, il se limite souvent aux chiffres et aux camemberts (graphiques en secteurs). Or, si on n'encode que les prestations sociales réalisées en présence du bénéficiaire, la part du travail social dans l'ensemble des activités des SSM sera très largement sous-évaluée ».

Avant d'aller plus loin, il convient de faire une mise au point au sujet de *ce que doivent refléter* les indicateurs quantitatifs. De quoi faut-il rendre compte ? La CoCoF souhaite essentiellement pouvoir quantifier *ce dont bénéficie la population* : globalement, que fait le secteur ambulatoire qu'elle subsidie ? Quels services rend-il à la population ? Elle ne prétend pas vouloir utiliser le rapport d'activité harmonisé dans une logique d'évaluation individuelle des services, de mesure du temps de travail ou de son efficacité. Ainsi, une mesure de la charge de travail ne l'intéresserait pas. Les acteurs de terrains ont, quant à eux, souvent une position ambivalente : ils souhaitent d'une part rendre compte d'une manière assez complète du *travail réalisé*, dans une logique de reconnaissance de ce travail. Mais ils se méfient également – selon moi à juste titre – d'indicateurs qui chercheraient à quantifier le temps de travail, parce qu'ils pourraient à l'avenir donner lieu à des évaluations quantitatives « bêtes et méchantes » orientées par les principes du Nouveau Management Public, par exemple.

Ainsi, il apparaît assez peu satisfaisant pour les services de ne rendre compte quantitativement *que* des prestations d'accompagnement réalisées en présence du bénéficiaire (laissant dans l'ombre du commentaire qualitatif les démarches sociales administratives), mais il apparaît également piégeux d'entrer dans une logique de quantification du *temps de travail*.

A côté des 3 pistes évoquées précédemment (cf. PV séance 4), une 4<sup>ème</sup> voie peut être envisagée pour résoudre cette tension. Elle consisterait à n'encoder *que* les prestations d'accompagnement *en présence du bénéficiaire*, mais d'appliquer à l'indicateur ainsi produit un *coefficient multiplicateur* qui permettrait de pondérer les prestations sociales pour les rendre relativement comparables aux prestations psychologiques et psychiatriques en termes de quantité de travail. Le principe du coefficient repose sur la formulation d'hypothèses : si l'on constate qu'en règle générale, derrière 1 prestation d'accompagnement social en présence du bénéficiaire se cachent 2 ou 3 fois plus de travail administratif en l'absence du bénéficiaire (hypothèse), on applique un coefficient x2 ou x3 au nombre de prestations encodées pour produire un indicateur pondéré qui reflète davantage le poids réel du travail social dans l'activité globale du service.

Contrairement aux autres indicateurs qui découlent d'observations directes, cet indicateur pondéré serait déduit à partir d'observations *et d'hypothèses* et, à ce titre, il apparaît moins fiable. En tant que tel, il intéressera peu le lecteur rigoureux. Mais il offrira à un lecteur plus hâtif une approximation plus juste que le malentendu qui découlerait d'une comparaison rapide entre des phénomènes distincts.

Un dernier atout de cette 4<sup>ème</sup> voie est qu'elle permet de préserver une règle claire au niveau des pratiques d'encodage : seules seraient encodées les prestations sociales en présence du bénéficiaire, ce qui doit permettre de limiter l'hétérogénéité des pratiques d'encodage et le risque de produire des données insensées.

## 2.2. Rapide retour sur la distinction « Accompagnement/Soin »

Nous le disions précédemment (cf. PV Séance 3) : certains services, comme le SSM Ulysse par exemple, ne distinguent pas la dimension sociale de la dimension psychothérapeutique de leur travail. Cela a du sens en particulier lorsqu'on réalise un travail psychothérapeutique avec un public en précarité de droit au séjour pour lequel l'amorce du suivi psychothérapeutique est le plus souvent d'ordre socio-administrative.

Cependant, la distinction entre travail social et travail psychothérapeutique reste pertinente au yeux de la grande majorité des SSM, et la remise en question des « référentiels d'activité » (Accueil, Accompagnement, Soins, etc.) est difficile car ceux-ci sont non seulement inscrits dans l'Annexe mais également dans l'Arrêté lui-même (cf. PV séance 1).

Dès lors, nous conseillons aux services qui sont dans cette situation d'inscrire l'ensemble de leurs activités de consultations psycho-sociales soit dans le référentiel « Accompagnement », soit dans le référentiel « Autre » en apportant un commentaire qualitatif.

## 2.3. Les types d'activité « consultations psychologiques » (SO6) et « interventions médicale spécifiques » (SO4)

Dans la continuité de ce qui a été discuté précédemment (cf. PV séance 4), il est proposé pour les types d'activité « consultations psychologiques » SO6 de réduire au maximum le nombre de catégorie pour des activités comparables, dont les critères de distinction n'apparaissent pas clairs pour les travailleurs concernés.

- Assez unanimement, il est proposé de fondre ensemble les catégories « Entretien ponctuel », « Suivi » et « Thérapie » en une catégorie globale « Suivi psychothérapeutique », terme générique et englobant qui ne doit pas être assimilé à l'exercice réglementé de la psychothérapie.
- L'intérêt de maintenir ou non une catégorie « Urgence, crise » est discuté :
  - Souvent une urgence concerne un suivi déjà en cours
  - Il apparaît parfois difficile de distinguer une prestation d'urgence d'une prestation ordinaire dans un suivi en cours
  - Il est possible de différencier les prestations sur rendez-vous des venues spontanées, mais ça ne reflète pas nécessairement le caractère d'urgence ou de crise qui reste assez subjectif
  - Il est dès lors proposé de ne pas conserver la catégorie « Urgence, crise » distinctement.
- Comme dans le travail social, le travail psychiatrique (SO4) et psychologique (SO6) peut impliquer un travail en l'absence du patient.
  - C'est le cas pour le « testing » (passer le test, interpréter les résultats, écrire le rapport...)
  - C'est le cas aussi pour d'autres types d'activités qui impliquent la rédaction d'un rapport à destination de l'utilisateur ou d'un tiers (médical, justice etc.). La création d'une catégorie « Rapport » est proposée.
  - Au vu de l'important investissement en temps de travail que représente la rédaction de certains rapports ou la réalisation de certaines expertises, une opération de pondération homologue à celle évoquée pour le travail social est proposée (cf. 2.1. ci-dessus).
- L'item « Coordination autour du bénéficiaire » présent dans le référentiel d'Accompagnement individuel a également sa place dans le référentiel de soin (les rencontres entre intervenants du réseau ne sont pas le propre du travail social).

### 3. Discussion volet « Accompagnement collectif et communautaire »

#### 3.1. Renommer « Accompagnement collectif et/ou communautaire & de prévention »

L'Annexe prévoit une distinction claire entre les soins et accompagnements d'une part, et la prévention individuelle ou collective d'autre part. Dans la pratique, en l'absence d'une définition du domaine de la prévention, il est difficile d'opérer cette distinction. Que l'on considère le « sens pratique » des travailleurs ou la littérature sur le sujet, la distinction entre soin/accompagnement et prévention n'est pas claire et univoque.

Une typologie assez consensuelle (voir ci-dessous Jamouille & La Valle, 2019, cité par Svetlana Sholokhova, 2022, « Prévention dans le domaine de la santé mentale », *Santé et société*, n°3) distingue 4 types de prévention, selon que l'action s'adresse à des usagers qui, de leur point de vue « se sentent bien » (population générale) ou « ne se sentent pas bien » (expriment un besoin) d'une part, et selon que les professionnels de la santé attribuent à l'usager la présence ou l'absence d'une maladie ou d'un trouble. Cela conduit à distinguer, d'un bout à l'autre du spectre, des actions de sensibilisation ou d'action sur les déterminants sociaux de la santé menées auprès de la population générale d'une part (Prévention I), d'activités de traitement de patients chroniques qui, en tant qu'elles ont pour effet d'éviter une aggravation future de la maladie ou du trouble, ont également une fonction préventive (Prévention III).

Tableau I : Quatre définitions de la prévention (adapté de Jamouille & La Valle, 2019)

		Médecin	
		Pas de maladie	Maladie
Patient.e	Se sent bien	<b>Prévention I</b> Action menée pour éviter ou supprimer la cause d'un problème de santé d'un-e patient-e avant son émergence	<b>Prévention II</b> Action menée pour prévenir <ul style="list-style-type: none"> <li>• à un stade précoce le développement d'un problème de santé d'un-e patient-e en réduisant sa durée ou sa progression ;</li> <li>• le report des soins et/ou le non-traitement</li> </ul>
	Se sent mal	<b>Prévention IV</b> Action menée pour <ul style="list-style-type: none"> <li>• identifier les risques de surmédicalisation;</li> <li>• protéger le-la patient-e d'interventions médicales invasives;</li> <li>• lui proposer des procédures de soins éthiquement acceptables</li> </ul>	<b>Prévention III</b> Action menée pour réduire l'effet sur une personne d'un problème de santé chronique en minimisant le handicap fonctionnel induit par un problème de santé aigu ou chronique ; inclut la réhabilitation

Ainsi, l'intuition exprimée par les services selon laquelle « tout ce qu'on fait peut être de la prévention » apparaît plutôt confirmée, tant l'étendue de la notion de prévention est vaste. En l'absence d'une définition plus précise, nous risquons d'interminables discussions visant à trouver un accord, activité par activité, pour départager ce qui relèverait plutôt de la prévention collective ou plutôt de l'accompagnement collectif. A titre d'exemple, certains services considéraient leur participation à une permanence d'une Maison verte comme relevant plutôt de la prévention, mais leur participation à une permanence d'un Lieu de lien comme relevant plutôt de l'accompagnement communautaire, probablement en raison des différences d'âge entre les publics cibles (car pour le reste, ces deux types d'activité sont assez homologues).

Or, s'il est difficile d'accorder les points de vue des travailleurs dans un espace de discussion commun comme celui du Groupe de travail, nous pouvons être sûr que, dans le future, si chaque service est amené à encoder ses activités en s'appuyant sur cette distinction, les pratiques d'encodage ne seront

pas homogènes et des activités homologues seront encodées dans des catégories différentes, ce qui remet en cause la pertinence et l'utilité des données.

Tenant compte de ces remarques, nous suggérons de renommer le référentiel d'activités collectives en intégrant la dimension préventive de ce type d'activité: « Accompagnement collectif et/ou communautaire & de prévention ».

### 3.2. Nombre total de prestations d'accompagnement collectif et/ou communautaire & de prévention (ACOL1)

Comptabiliser ensemble des activités aussi diversifiées qu'une journée de permanence dans un Lieu de lien, une séance d'un groupe de parole thématique, ou une sortie culturelle avec un groupe d'utilisateurs ne va pas de soi. Le GT a joué le jeu et a tenté de catégoriser les activités collectives et communautaires qu'ils réalisent dans un nombre restreint de catégories. Mais il apparaît assez peu sensé d'en rendre compte dans leur ensemble. C'est une remarque qui vaut également pour les autres référentiels (Accueil, Accompagnement individuel, Soins...), mais peut-être de manière encore plus appuyée ici.

### 3.3. Répartition des prestations (...) par moyen (type d'activité) (ACOL2)

Un travail important a été réalisé par le GT au sujet des catégories d'activités collectives et/ou communautaires. Dans un premier temps, nous avons passé en revue des items proposés dans l'Annexe. Ensuite, nous avons repris une liste non exhaustive d'activités collectives et communautaires recensées par la Ligue dans le cadre d'un cadastre des activités. Plus de 40 types d'activités distinctes ont ainsi été recensés. Nous avons ensuite identifié différentes dimensions qui apparaissent cruciales pour différencier ces activités et avons construit une catégorisation de manière inductive. Ce travail a abouti aux 3 grandes catégories suivantes, pour lesquelles nous précisons les manières de compter :

- **Les groupes de paroles et groupes thérapeutiques** (1 prestation = 1 séance, quelle que soit la durée ou le nombre de thérapeutes impliqués)

Les groupes de paroles, qu'ils visent un public enfant, adolescent, adulte ou senior, qu'ils nécessitent ou non l'inscription préalable des participants, qu'ils soient réalisés dans ou à l'extérieur du SSM, ont en commun qu'ils visent un bénéfice thérapeutique individuel pour chacun de ses participants par le moyen de la mise en commun d'expériences, de récits, etc. quelque soit la forme de communication.

- **Les activités de santé mentale communautaire: ateliers créatifs, de loisir ou de vivre ensemble** (1 prestation = 1 séance, quel que soit la durée ou le nombre de thérapeutes impliqués)

Par contraste avec les groupes de parole et groupes thérapeutiques, les activités de santé mentale communautaires engagent les participants dans une activité qui n'apparaît pas avoir directement une visée thérapeutique individuelle. Il s'agit plutôt de faire des choses ensemble, de créer du lien, un espace collectif vecteur de soutien pour ses membres et de changement social. Il s'agit par exemple d'ateliers de cuisine, promenades, ateliers d'écriture, rencontres parents/enfants, potagers collectifs, etc. Il n'y a pas nécessairement une visée thérapeutique explicite.

- **Les permanences d'accueil bas seuil** (1 prestation = environ ½ journée de permanence à laquelle le service participe, quel que soit le nombre de thérapeutes impliqués)

Les permanences d'accueil bas seuil ne consistent pas en l'organisation d'une activité formelle, mais simplement dans l'ouverture d'un lieu marqué par l'accueil, l'hospitalité, l'accessibilité, le lien à l'autre. Il peut s'agir de Maisons vertes (à destination des enfants et des familles), de « Lieux de lien » (visant plutôt les publics adultes) – auxquels certains SSM participent en y détachant des travailleurs – mais aussi de permanences organisées dans les SSM ou dans d'autres institutions.

On tentera cependant de distinguer les « permanence d'accueil bas seuil » qui ont comme seule finalité d'être un lieu d'accueil et de lien social d'une part, des permanences d'accueil plus classiques qui visent en premier lieu à être un lieu d'adresse des nouvelles demandes de suivi individuel d'autre part. Rappelons en effet que les prestations liées au traitement des nouvelles demandes seront encodées dans le module « Accueil » (cf. PV séances 1 et 2).

#### 3.4. Lieu (ACOL3)

Concernant la répartition selon le lieu (ACOL3), nous formulons globalement les mêmes remarques déjà formulées pour les autres référentiels d'activité. La distinction majeure est « dans » ou « en dehors » du service (SSM) lui-même. Ensuite, en dehors du service, dans le cas particulier des activités collectives et/ou communautaires et de prévention, il peut être pertinent de distinguer les lieux suivants :

- Maison verte
- Lieu de lien
- D'autres institutions partenaires du service

#### 3.5. Thématique (ACOL4)

Concernant la répartition par thématique, nous reconduisons les remarques formulées précédemment pour ce même indicateur rencontré dans les autres référentiels d'activité.

#### 3.6. Nombre de bénéficiaires par type d'activité (ACOL5)

Concernant le nombre de bénéficiaires : rappelons qu'un nombre non négligeable d'activités collectives et/ou communautaires sont organisées sans inscription (qu'elle soit préalable ou a posteriori), en particulier les activités dites « bas seuil » qui limitent autant que possible les contraintes matérielles, sociales ou administratives qui prévalent à leur accessibilité.

Dès lors, il n'est pas possible de connaître le nombre de bénéficiaires uniques. Il est seulement envisageable de compter le nombre de bénéficiaires présent à chaque occurrence d'une activité, et de faire la somme des ces comptages pour obtenir un chiffre global dans lequel chaque bénéficiaire unique est compté autant de fois qu'il est venu.

Notons enfin que pour certains types d'activité, comme une permanence d'un Lieu de lien par exemple, le caractère informel de l'activité peut rendre le comptage assez approximatif : le lieu est ouvert, un tel y reste l'après-midi, tel autre usager ne fait que passer en coup de vent, etc. à cela s'ajoute l'atténuation des distinctions formelles entre usagers et professionnels, plus ou moins importante selon les lieux, qui pourrait conduire à compter les bénéficiaires et les professionnels accompagnants comme des usagers dans certains cas, ou à distinguer ces catégories et ne compter que les bénéficiaires dans d'autres cas.

Le comptage posera moins de difficulté pour les activités plus formelles, comme un groupe de parole avec inscription par exemple.