

7 juillet 2023

Note sectorielle

« Rapport d'activité harmonisé »

Contribution du secteur des Services de Santé Mentale CoCoF à
l'évaluation du modèle de rapport d'activité harmonisé visé par
l'Arrêté 2019/2408 du Collège de la CoCoF

Auteur.e :

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

Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale

Rédacteur.rice.s :

Robin Susswein (chargé de recherche, Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale – rs@lbsm.be)

Marie Jenet (chargée de recherche, Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale – mj@lbsm.be)

Lorsque, après la première année de l'enquête, nous revînmes sur nos difficultés à recueillir des renseignements à partir des dossiers, il nous vint à l'esprit que ces difficultés résultaient de l'idée même de chercher de l'information que personne ne pouvait probablement obtenir, que ce soit nous ou quelqu'un d'autre, que l'on appartienne ou non au personnel, et cela parce que tout système d'auto-enregistrement doit être concilié avec les routines dans lesquelles la clinique fonctionne. Nous en vînmes ainsi à lier le thème du manque d'information aux « bonnes » raisons organisationnelles pour de « mauvais » enregistrements cliniques.

Harold Garfinkel, 2020 (1967), Recherches en ethnométhodologie, PUF, p.302.

I.	Introduction	7
1.	Préambule.....	7
1.1.	Cadre	7
1.2.	Processus d'élaboration	7
1.3.	Structure du document	9
2.	Objectifs du GT	9
2.1.	Contribuer à l'évaluation de l'Annexe	9
2.2.	Développer une perspective critique et constructive sur le recueil de données des SSM bruxellois ..	10
2.3.	Amorcer une réflexion sur l'harmonisation des pratiques d'encodage des SSM bruxellois.....	10
3.	Constats généraux et principes directeurs	10
3.1.	La « minimisation » des données ou le « principe de parcimonie » : une nécessité légale, éthique et méthodologique	10
3.2.	La primauté des « bonnes » raisons organisationnelles : une nécessaire adaptation des données administratives aux routines pratiques des professionnel.le.s.....	12
3.3.	Ni un chaos indémêlable, ni un ordre écrasant : vers une harmonisation respectueuse des spécificités sectorielles.....	13
3.4.	Une « vue globale des prestations et des bénéficiaires », pas une « évaluation de la charge de travail individuelle des services »	14
3.5.	De l'accord de principe à la mise en œuvre de fait : la nécessité d'investissements matériels et humains dans des outils numériques d'encodage et dans l'harmonisation de leur utilisation	15
II.	Contribution à l'évaluation de l'Annexe.....	17
1.	« Le rapport d'activité annuel » (volet administratif et qualitatif)	17
1.1.	Clarifier la comptabilité de la force de travail (A3, A4 et A4bis).....	17
1.1.1.	Ajouter un indicateur permettant de distinguer les ETPs indépendants	17
1.1.2.	Autres questions relatives aux indicateurs de force de travail (A3, A4, A4bis).....	18
1.2.	Ajouter certains types d'activités pour permettre leur description qualitative (ACT1, Xqual1 et Xqual2)18	
1.2.1.	Les activités de « Coordination et représentation du service » :.....	18
1.2.2.	Les activités visant le « Développement de réseaux de collaboration inter-services »	18
1.2.3.	Les activités de « prévention individuelle, de couple et/ou de famille, réalisées simultanément à une prestation d'un autre type »	19
2.	« Données relatives aux bénéficiaires ».....	19
2.1.	Remarques générales sur le recueil de données au sujet des bénéficiaires	19

2.2.	Revue des indicateurs (bénéficiaires)	21
2.2.1.	Nombre total de bénéficiaires (B1)	21
2.2.1.1.	Remarques concernant la situation actuelle : un « dossier » n'est pas toujours un « bénéficiaire »	21
2.2.1.2.	Propositions	22
2.2.2.	Nombre de bénéficiaires qui, au cours de l'année, ont bénéficié de vos services pour la première fois (B1bis).....	22
2.2.2.1.	Remarques concernant la situation actuelle : qu'est-ce qu'un « nouveau » bénéficiaire ?.....	22
2.2.2.2.	Propositions	23
2.2.3.	Répartition des bénéficiaires par catégorie d'âge (B2).....	23
2.2.3.1.	Remarques concernant la situation actuelle	23
2.2.3.2.	Propositions	23
2.2.4.	Répartition des bénéficiaires par genre (B3).....	23
2.2.4.1.	Remarques concernant la situation actuelle	23
2.2.4.2.	Propositions	23
2.2.5.	Répartition des bénéficiaires par région du domicile (B4)	24
2.2.5.1.	Remarques concernant la situation actuelle	24
2.2.5.2.	Propositions	24
2.2.6.	Répartition des bénéficiaires domiciliés en Région Bruxelles-Capitale par commune (B4bis) .	24
2.2.6.1.	Remarques concernant la situation actuelle	24
2.2.6.2.	Propositions	24
2.2.7.	Répartition des bénéficiaires par type de ménage lors de l'inscription (B5)	25
2.2.7.1.	Remarques concernant la situation actuelle	25
2.2.7.2.	Propositions	25
2.2.8.	Répartition des bénéficiaires par type de situation de logement lors de l'inscription (B6).....	25
2.2.8.1.	Remarques concernant la situation actuelle	25
2.2.8.2.	Propositions	25
2.2.9.	Répartition des bénéficiaires par type de source principale de revenus lors de l'inscription (B7)	26
2.2.9.1.	Remarques concernant la situation actuelle	26
2.2.9.2.	Propositions	26
2.2.10.	Nombre de bénéficiaires bénéficiant d'une reconnaissance « handicap » (SPF, PHARE, VAPH, AVIQ, DSL,...) (B8).....	27
2.2.10.1.	Remarques concernant la situation actuelle	27

2.2.10.2.	Propositions.....	27
2.2.11.	Répartition des bénéficiaires par type d' « adresseur » (personne qui a recommandé au bénéficiaire de s'adresser au service) (B9)	27
2.2.11.1.	Remarques concernant la situation actuelle	28
2.2.11.2.	Propositions.....	28
3.	« Indicateurs d'activités »	28
3.1.	Remarques et propositions transversales à plusieurs référentiels d'activité	28
3.1.1.	Prestations enregistrées et prestations réalisées.....	28
3.1.2.	Les prestations de couple et de famille, et les co-thérapies : combien de « prestations » sont comptées ?	29
3.1.2.1.	Remarques (couples, familles et co-thérapies).....	29
3.1.2.2.	Propositions (couples, familles et co-thérapies)	32
3.1.3.	La difficile objectivation du travail réalisé en l'absence du bénéficiaire.....	33
3.2.	« Indicateurs d'activités : Accueil ».....	34
3.2.1.	Remarques générales sur la situation actuelle.....	34
3.2.1.1.	Éléments de définition et de description des pratiques d'accueil en SSM.....	34
3.2.1.2.	État actuel du recueil de données au sujet de l'accueil.....	35
3.2.1.3.	Demandes, demandeurs et prestations d'accueil, nouvelles demandes et nouveaux dossiers... : des unités d'observation distinctes.....	36
3.2.2.	Revue des indicateurs (accueil).....	36
3.2.2.1.	Nombre total de prestations d'accueil enregistrées, y compris les rendez-vous non honorés (ACC1) 36	
3.2.2.1.1.	Remarques concernant la situation actuelle (prestation d'accueil)	36
3.2.2.1.2.	Propositions (prestations d'accueil)	36
3.2.2.2.	Nombre de prestations d'accueil réalisées, sans compter les rendez-vous non honorés (ACC1bis).....	37
3.2.2.3.	Répartition des prestations d'accueil par type d'activité (ACC2)	37
3.2.2.3.1.	Remarques ACC2	37
3.2.2.3.2.	Propositions ACC2.....	37
3.2.2.4.	Répartition des prestations d'accueil par type de contact (ACC3).....	38
3.2.2.4.1.	Remarques ACC3	38
3.2.2.4.2.	Propositions ACC3.....	38
3.2.2.5.	Répartition des prestations d'accueil par lieu de contact (ACC4)	39
3.2.2.5.1.	Remarques ACC4	39

3.2.2.5.2.	Propositions ACC4.....	39
3.2.2.6.	Répartition des prestations d'accueil par thématique (ACC5)	39
3.2.2.6.1.	Remarques ACC5	39
3.2.2.6.2.	Propositions ACC5.....	41
3.2.2.7.	Répartition des prestations d'accueil par type de suite (ACC6)	42
3.2.2.7.1.	Remarques ACC6	42
3.2.2.7.2.	Propositions ACC6.....	43
3.2.2.8.	Nombre total de prestations de prévention individuelle réalisées simultanément à une prestation d'accueil.....	44
3.2.2.8.1.	Remarques (prévention individuelle)	44
3.2.2.8.2.	Propositions (prévention individuelle).....	44
3.2.2.9.	Veillez indiquer le nombre de bénéficiaires présents sur votre liste d'attente au 31 décembre (ACC7) 44	
3.2.2.9.1.	Remarques ACC7	44
3.2.2.9.2.	Proposition ACC7	45
3.3.	« Indicateurs d'activités : Accueil 24/7j »	45
3.4.	« Indicateurs d'activités : Accompagnement individuel »	45
3.4.1.	Remarques générales (accompagnement individuel)	45
3.4.1.1.	Éléments de définition :.....	45
3.4.1.2.	Les données d' « accompagnement individuel » actuellement disponibles.....	46
3.4.1.3.	Proposition transversale « Accompagnement social (individuel, de couple et/ou de famille) » 47	
3.4.1.4.	Proposition transversale « Prestations en l'absence du bénéficiaire »	47
3.4.2.	Revue des indicateurs	48
3.4.2.1.	Nombre total de prestations d'accompagnement social (ACI1)	48
3.4.2.2.	Répartition des prestations d'accompagnement social par type d'activité (ACI2).....	49
3.4.2.3.	Répartition des prestations d'accompagnement social par thématique (ACI3).....	49
3.4.2.4.	Répartition des prestations d'accompagnement social par lieu de contact (ACI4)	49
3.4.2.5.	Nombre total de prestations de prévention individuelle réalisées simultanément à une prestation d'accompagnement social (ACI5).....	50
3.5.	« Indicateurs d'activités : Accompagnement collectif et/ou communautaire »	50
3.5.1.	Remarques générales : pratiques d'encodage actuelles des activités communautaires.....	50
3.5.2.	Accompagnement communautaire et prévention collective : des frontières poreuses (éléments de définition).....	50

3.5.3.	Revue des indicateurs	52
3.5.3.1.	Nombre total de prestations d'accompagnement collectif et/ou communautaire (ACOL1) .	52
3.5.3.2.	Répartition des prestations d'accompagnement collectif et/ou communautaire par moyen (type d'activité) (ACOL2).....	52
3.5.3.3.	Répartition des prestations d'accompagnement collectif et/ou communautaire par lieu d'intervention (ACOL3).....	54
3.5.3.4.	Répartition des prestations d'accompagnement collectif et/ou communautaire par thématique (ACOL4).....	54
3.5.3.5.	Nombre total de [participations] à des activités d'accompagnement collectif et/ou communautaire par moyen (type d'activité) (ACOL5).....	54
3.6.	« Indicateurs d'activités : Soin ».....	55
3.6.1.	Remarque générale.....	55
3.6.2.	Revue des indicateurs	55
3.6.2.1.	Nombre total de prestations de soin (SO1)	55
3.6.2.2.	Répartition des prestations de médecine générale par type d'activité (SO3).....	55
3.6.2.3.	Répartition des interventions médicales spécifiques par type d'activité (SO4).....	55
3.6.2.4.	Répartition des actes paramédicaux par type d'activité (SO5)	55
3.6.2.5.	Répartition des consultations psychologiques par type d'activité (SO6)	55
3.6.2.6.	Nombre total de prestations de prévention individuelle réalisées simultanément à une prestation de soin.....	56
3.7.	« Indicateurs d'activités : Prévention – Réduction des risques »	56
3.8.	« Indicateurs d'activités : Prévention communautaire et/ou collective » (« prévention I »)	56
3.8.1.	Remarques générales.....	57
3.8.2.	Revue des indicateurs	57
3.9.	« Indicateurs d'activités : Appui individuel aux professionnels »	57
3.9.1.	Remarques générales sur la situation actuelle.....	58
3.9.2.	Revue des indicateurs	58
3.10.	« Indicateurs d'activités : Appui collectif aux professionnels »	58
3.11.	« Indicateurs d'activités : Autre(s) »	59
III.	Synthèse	60

I. Introduction

1. Préambule

1.1. Cadre

La présente Note sectorielle est rédigée à l'attention de l'Administration de la Commission Communautaire Française (CoCoF) dans le cadre de l'évaluation du modèle de Rapport d'Activité Harmonisé (RAHa), repris en Annexe de l'Arrêté 2019/2408 du Collège de la CoCoF (Annexe), telle que prévue par le dit Arrêté. Elle répond ainsi à une demande de l'Administration.

1.2. Processus d'élaboration

Cette Note est le fruit d'une réflexion collective menée par le Groupe de Travail « Recueil de données : santé mentale et société » (GT) qui s'est réuni à la Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale (Ligue ou LBSM) de novembre 2022 à juin 2023. Le GT a rassemblé des professionnel.le.s exerçant différentes fonctions (psychologues, assistant.e.s sociaux, secrétaires accueillant.e.s, etc.) dans des Services de Santé Mentale (SSM ou « services ») agréés par la CoCoF et par la CoCoM¹. Durant cette période, 9 matinées de concertation ont soutenu le processus d'évaluation de l'Annexe. En outre, des « personnes ressources », extérieures au GT et des SSM indisponibles à l'horaire du GT, ont également été consultées tout au long du processus.

À l'issue de son élaboration par le GT, **la présente note a été validée par les coordonat.eur.rices des SSM agréés par la CoCoF** réunis en « Groupe Technique » à la Ligue. Elle reflète dès lors le positionnement du secteur des SSM CoCoF dans son ensemble.

¹ Les SSM CoCoM ont en effet également été invité à ce travail dans l'anticipation d'une probable future harmonisation du format de Rapports d'Activité et des pratiques d'encodage des données entre SSM CoCoF et CoCoM.

Parties prenantes

Participant.e.s au GT :

Institution	NOM	Prénom
Centre Chapelle-aux-Champs	JANSSEN	Christophe
Centre de Guidance d'Etterbeek	HOTTAT	Quentin Jean
Centre de Guidance d'Etterbeek	ALESSI	Manuela
CG Ixelles	DERMINE	Laurence
CG Le Sas	CODREANU	Sandrine
CG Le Sas	VANWYNBERG	Laetitia
CSM Anaïs	DE CONINCK	Pierre
CSM Anaïs	D'ARGEMBEAU	Laetitia
CSM Anaïs	OLDENHOVE	Julien
Nouveau Centre Primavera	DESABLENS	Francine
Nouveau Centre Primavera	CHBEIR	Michèle
SSM Champ de la Couronne	DESSAIN	Ombeline
SSM Champ de la Couronne	COECKELBERGS	Claire
SSM Free Clinic	FLAGEL	Manon
SSM La Gerbe	DE CUYPER	Lisette
SSM La Gerbe	LEMAÎTRE	Camille
SSM Le Grès	TIBERGHIE	Isabelle
SSM Le Grès	NELISSENNE	Annie
SSM Le Grès	GAFARANGA	Claire
SSM Le Norois	CORBIAU	Laurence
SSM L'Eté	SPROCKEELS	Valérie
SSMS Forest, Uccle et Watermael-Boitsfort	SOURDIEAU	Carole
SSM Ulysse	LOUWIES	Nora
SSM Ulysse	GEHRELS	Lys

Personnes ressources extérieures au GT

Intitution	NOM	Prénom
CoCoF	PIETERS	Jérôme
LBSM	ENGLEBERT	Eve
LBSM	BOULANGER	Mathieu
ObSS (CoCoM)	GIRÈS	Joël
ObSS (CoCoM)	UNGER	Jonathan

Co-animateur.rices du GT

Intitution	NOM	Prénom
LBSM	JENET	Marie
LBSM	SUSSWEIN	Robin

D'autres SSM, qui n'étaient pas disponibles à l'horaire du GT, ont également été consultés.

1.3. Structure du document

La présente Note est divisée en trois parties : l'introduction permet de rappeler les objectifs du GT et, surtout, de formuler des constats généraux et principes directeurs qui guident notre travail d'évaluation de l'Annexe. La seconde partie est la contribution du secteur des SSM à l'évaluation de l'Annexe proprement dite : nous passons en revue (à partir du volet « 2. Bénéficiaires ») chaque indicateur de l'Annexe et évaluons systématiquement l'état des lieux actuel (données disponibles, pratiques d'encodage actuelles, etc.) et les éventuelles conditions ou aménagements nécessaires pour rendre possible la documentation de telles dimensions à l'avenir. Nous formulons en outre des propositions concrètes d'aménagement des indicateurs. Le lecteur se référera à [l'Annexe 1 « Propositions »](#), validé par le secteur, pour une synthèse des ajouts/modifications/suppressions d'indicateurs souhaitées par les SSM. Finalement, nous synthétisons le propos et émettons quelques grandes recommandations dans le cadre de la conclusion générale. Le lecteur se référera à [l'Annexe 2 « Budget et calendrier »](#), non validé par le secteur, pour plus de précisions sur l'anticipation des besoins et du calendrier d'implémentation du Rapport d'activité harmonisé.

2. Objectifs du GT

En 2022-2023, le GT « Recueil de données » s'est fixé les trois objectifs suivants : contribuer à l'évaluation de l'Annexe, développer une perspective critique et constructive sur le recueil de données en santé mentale et, finalement, amorcer une réflexion sur l'harmonisation des pratiques d'encodage des SSM bruxellois.

2.1. Contribuer à l'évaluation de l'Annexe

Évaluer le caractère appropriable de l'Annexe par les SSM bruxellois, au regard des données actuellement produites, mais aussi dans l'anticipation de données potentiellement disponibles à l'avenir moyennant une refonte du logiciel et des pratiques d'encodage. Concrètement, il s'agissait d'évaluer :

- a) Pour quels indicateurs de l'Annexe existe-t-il actuellement des données exploitables ?
- b) Pour quels indicateurs de l'Annexe il n'existe actuellement pas de données exploitables, mais pour lesquels ces données pourraient être disponibles à l'avenir moyennant certaines conditions ? À quelles conditions ces données pourraient-elles être disponibles ?
- c) Pour quels indicateurs de l'Annexe aucune donnée fiable et homogène ne pourra être produite ? Et pour quelles raisons ?
- d) Quels indicateurs alternatifs pourraient être envisagés pour rendre compte de dimensions comparables ?

2.2. Développer une perspective critique et constructive sur le recueil de données des SSM bruxellois

Parallèlement à cet objectif très concret, le GT a également poursuivi une finalité plus générale, consistant à **développer une perspective critique et constructive sur le recueil de données** administratives par les SSM, afin que ce dernier permette de mieux rendre compte des enjeux cliniques et politiques de l'activité des SSM, tout en respectant au mieux le contexte du travail clinique et d'accueil dans lequel il s'inscrit.

2.3. Amorcer une réflexion sur l'harmonisation des pratiques d'encodage des SSM bruxellois

Enfin, le GT a entamé une réflexion collective autour de **l'harmonisation des pratiques de production et d'encodage des données** administratives par les SSM. Et cela en gardant à l'esprit que l'adaptation des logiciels-métiers, des formulaires d'encodage et des pratiques de production des données devra faire l'objet d'une attention pleine et entière, dans un temps propre, une fois qu'une version définitive de l'Annexe aura été publiée par la CoCoF (soit probablement à partir de janvier 2024).

3. Constats généraux et principes directeurs

De nombreuses remarques formulées tout au long du travail du GT, et à chaque fois relatives à l'évaluation d'un ou plusieurs indicateurs de l'Annexe en particulier, apparaissent *a posteriori* relever de constats ou de principes à portée plus générale. Ces remarques portent en particulier sur les indicateurs quantitatifs relatifs aux activités et aux bénéficiaires. Nous prenons ici le temps d'exposer ces principes et constats pour pouvoir y faire référence par la suite.

3.1. La « minimisation » des données ou le « principe de parcimonie » : une nécessité légale, éthique et méthodologique

L'objectif du recueil de données est défini dans l'Arrêté de manière assez évasive : permettre une « vue globale » sur les prestations et les bénéficiaires des services. Ainsi, les indicateurs du RAHa devraient répondre à des questions qui ne sont pas encore formulées à ce jour. Une telle « ouverture » pourrait sous-tendre une dynamique d'inflation du recueil de données : produire des indicateurs relatifs à un grand nombre de dimensions, et présentant une précision suffisante, « au cas où ». Le cadre légal européen, l'éthique de travail des SSM et des nécessités d'ordre méthodologique s'opposent cependant à une telle dynamique (cf. ci-dessous). Nous recommandons dès lors de limiter autant que possible les données administratives produites par les services de manière routinière et d'ajuster autant que possible le contenu demandé aux informations « naturellement »

disponibles (cf. 2.). Étant entendu que de manière complémentaire, des études, enquêtes et recherches ponctuelles doivent permettre de répondre à des questions précises et clairement circonscrites – comme cela a déjà été le cas dans le passé.²

La minimisation ou le principe de parcimonie veut que les SSM recueillent le moins de données possibles aux vues des finalités du recueil de données. « Le moins possible » en termes d'amplitude (la variété des dimensions ou des contenus thématiques que devraient couvrir les indicateurs) et de précision (le niveau de détail de l'information recherchée pour chaque indicateur).

Cette position de principe se justifie d'abord d'un point de vue légal, en ce qui concerne les données à caractère personnel : **la « minimisation » des données est en effet l'un des principes directeurs du RGPD**. Ainsi, 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) »³.

Ensuite, cette position se justifie également du point de vue de l'éthique du travail de terrain : **la production de données ne doit pas entraver la fluidité de l'activité première des services** sous prétexte d'en rendre compte. Souvent pensées de manière abstraites, les « données » sont en fait toujours produites sur le terrain à travers des actions concrètes qui impliquent une disposition d'esprit du travailleur et un ensemble de pratiques d'encodage (cf. [ci-dessous](#)). Ces dispositions et pratiques peuvent mener à gêner et transformer, de manière manifeste ou insidieuse, les manières de travailler, les modalités d'attention des professionnels, la qualité de la relation aux bénéficiaires, etc. Il faut être attentif aux potentiels effets néfastes de la production de données sur le cours concret des activités. La « minimisation » des données apparaît de ce point de vue comme un garde-fou indispensable face à une potentielle bureaucratisation des activités associatives.

Enfin, ce principe de parcimonie se justifie également d'un point de vue méthodologique. Même dans une perspective purement instrumentale, **il apparaît plutôt contre-productif de chercher à produire des données trop étendues ou trop précises** au regard des contraintes pratiques du terrain. L'histoire récente (2006-2022) du recueil de données administratives en SSM témoigne en effet des risques liés à un recueil de données trop « ambitieux » : les données de base relatives aux activités et aux bénéficiaires, même si elles souffrent de l'hétérogénéité des pratiques d'encodage, présentent un bon taux de complétion. Mais ce n'est pas le cas des données supplémentaires introduites via les formulaires « PsyStat » à partir de 2006, et en particulier des « Raisons de rencontre », emblématiques du problème : indépendamment de l'intérêt qu'elles peuvent présenter pour l'appui à la décision politique ou la réflexivité des acteurs de terrain, les données les plus détaillées sont aussi les moins complétées par les professionnels. Or, l'objectif étant de permettre « une vue globale des prestations (...) ainsi que leurs bénéficiaires » (Arrêté 2019/2408), il apparaît inutile de disposer de données détaillées pour quelques SSM, ou pour certains dossiers tenus par tels travailleurs dans tels services, si elles n'ont pas été récoltées dans la plupart des autres cas. Un trop faible taux de complétion empêche en effet d'utiliser les données pour représenter l'activité du secteur dans sa globalité.

² Voir notamment Susswein, R., 2021, *Saturation ?*, Ligue Bruxelloise pour la santé mentale.

³ Règlement général relatif à la protection des données, Art. 5 – <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX:32016R0679#d1e1884-1-1> consulté le 28/12/2022

3.2. La primauté des « bonnes » raisons organisationnelles : une nécessaire adaptation des données administratives aux routines pratiques des professionnel.le.s

Au-delà de l'amplitude et du niveau de détail ou de précision (cf. [ci-dessus](#)), nous soutenons que **le contenu même des indicateurs doit être adapté pour correspondre au plus près aux informations « naturellement » produites par les professionnels à toute fin pratique**. Et cela à la fois pour respecter au mieux l'éthique de travail en SSM (éviter que les pratiques concrètes ne se « plient » pour coller aux exigences en termes de recueil de données), et pour assurer la qualité des données produites (éviter que les données ne soient un reflet trop tronqué de la réalité à laquelle elles doivent se rapporter).

Dans un ouvrage devenu central dans la tradition sociologique⁴, Howard Garfinkel montre à quel point **le recueil des données qui constituent des dossiers cliniques est indexé au contexte organisationnel de leur production**. Comment en arrive-t-il à pareil constat ? Quelles conséquences en tirer pour l'harmonisation des Rapports d'Activité de l'Ambulatoire bruxellois ?

Dans le cadre d'une étude réalisée dans les années 1960, Garfinkel et son équipe souhaitent utiliser les informations inscrites dans les dossiers des patients d'une clinique psychiatrique pour en extraire une série d'indicateurs relatifs aux patients (âge, sexe, lieu de résidence, emploi...) et à leur parcours de soin (modalités du premier contact, présence à l'entretien d'admission, motifs d'une éventuelle réorientation, etc.). Les chercheurs rencontrent alors de grandes difficultés à obtenir des informations fiables à partir des dossiers des patients, et Garfinkel fera finalement de ces difficultés l'objet même de sa recherche. Son argument principal est le suivant :

« Les difficultés dont nous parlons sont celles que n'importe quel chercheur, qu'il soit de l'extérieur ou de l'intérieur, rencontrera s'il consulte les dossiers pour répondre à des questions qui s'écartent, dans un sens théorique ou pratique, des buts et des routines organisationnellement pertinents sous les auspices desquels le contenu de ces dossiers a été constitué en premier lieu » (p. 304).

Garfinkel nous invite en fait à considérer le recueil de données comme une activité concrète qui se déploie toujours dans un contexte social et organisationnel local, qui a ses propres valeurs, routines, finalités... Et ce sera toujours à l'aune des règles formelles et informelles de l'organisation que les acteurs de terrain évalueront le sens, la pertinence, l'absurdité, l'intérêt, la menace, l'opportunité etc. que peut revêtir l'encodage de telle ou telle information.

Un exemple concret : en 2020-2021, lorsque des travailleur.se.s des SSM réalisaient l'encodage des « nouvelles demandes » qui leur sont adressées dans le cadre d'une étude de la saturation du secteur⁵, nous avons dû constater que, dans certains cas, seules les nouvelles demandes qui faisaient l'objet d'une discussion en réunion d'équipe

⁴ Garfinkel, H., 2020 (1967), *Recherches en ethnométhodologie*, Paris : PUF.

⁵ Susswein, R., 2022, Rapport « Saturation ? Analyses du devenir des nouvelles demandes adressées aux Services de Santé Mentale agréés par la CoCoF à Bruxelles à partir d'un recensement réalisé entre novembre 2020 et février 2021 », *Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale*.

étaient effectivement enregistrées. Les nouvelles demandes qui étaient reçues par le secrétariat d'accueil et immédiatement réorientées par celui-ci ne faisaient souvent l'objet d'aucune documentation. Du point de vue de notre étude, cela n'a aucun sens d'enregistrer les demandes traitées en réunion d'équipe et pas les autres, car toutes rendent compte de la saturation du secteur. Mais du point de vue des secrétaires accueillant.e.s engagé.e.s dans une pratique d'accueil organisationnellement réglée, seules « comptent » (et donc seules sont comptées) les nouvelles demandes *qui prêtent à conséquence, pratiquement, pour l'organisation* : celles qui vont être relayées aux collègues.

Derrière la thématique des « bonnes » raisons organisationnelles pour de « mauvais » dossier cliniques, Garfinkel met en lumière les risques méthodologiques de l'opération d'abstraction et de généralisation. Une opération consistant à extraire des données de leur contexte organisationnel de production (tel SSM par exemple), pour les utiliser ailleurs (dans le cadre d'une recherche, d'une Administration, d'une question parlementaire...) et leur « faire répondre » à des questions qui ne se posaient pas dans leur contexte d'origine.

Pour limiter ces risques dans le cadre du Rapport d'Activité Harmonisé, notre recommandation est double : d'une part, il convient de **poursuivre, parallèlement à l'exploitation statistique des données des SSM, le travail de documentation qualitatif des pratiques d'encodage**. Il faut également, au moment de définir les indicateurs du Rapport d'Activité Harmonisé, anticiper les pratiques d'encodage qui seront nécessaires pour les produire et **veiller à ce que les données à recueillir s'approchent au maximum des informations pratiquement pertinentes et « naturellement disponibles » dans les services, au regard des pratiques cliniques et de leur organisation routinière**. Nous donnons par la suite, pour chaque indicateur de l'Annexe, des informations relatives aux routines organisationnelles et pratiques d'encodage actuelles, ainsi que les modifications d'indicateurs attendues pour s'y adapter (cf. [ci-dessous](#)).

3.3. Ni un chaos indémêlable, ni un ordre écrasant : vers une harmonisation respectueuse des spécificités sectorielles

Nous comprenons la nécessité, pour l'Administration, de disposer rapidement et facilement d'une « vue globale » (cf. [ci-dessous](#)) sur les activités de l'Ambulatoire. Mais nous avons également montré comment l'articulation de cette « vue en plan » souhaitée par l'Administration avec la « perspective pratique » inhérente aux acteurs de terrain peut produire des problèmes de traduction, à l'origine de frustrations et de données de mauvaise qualité (cf. [ci-dessus](#)). Nous essayons ici de formuler des propositions concrètes pour prendre soin de cette articulation dans une perspective critique et constructive.

Dans ce contexte, nombre de nos remarques visent à adapter l'Annexe aux spécificités des pratiques en SSM (cf. [ci-dessous](#)). Et nous imaginons que d'autres secteurs de l'Ambulatoire pourraient également attendre des adaptations de l'Annexe pour permettre son appropriation par leurs services, tenant compte de leurs propres intérêts pratiques et routines organisationnelles. Il est fort probable qu'à l'issue de ce processus d'évaluation intersectoriel, un seul et unique format de rapport d'activité commun en tous points pour l'ensemble des secteurs de l'Ambulatoire ne permette pas de produire, à terme, des données exploitables.

Dans ce contexte, nous suggérons à la CoCoF d'identifier dans l'Annexe *certain*s indicateurs globaux qui pourraient avoir une prétention intersectorielle transversale, et d'autres indicateurs plus précis qui devraient être adaptés aux spécificités de chaque secteur. On éviterait ainsi à la fois l'écueil d'un Rapport d'activité global mais trop peu précis, et l'écueil d'un Rapport d'activité adapté à la spécificité de chaque secteur mais incapable de proposer une vue globale de l'ensemble de l'Ambulatoire.

3.4. Une « vue globale des prestations et des bénéficiaires », pas une « évaluation de la charge de travail individuelle des services »

Dans son préambule, l'Arrêté précise l'objectif du Rapport d'Activité Harmonisé :

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.

Si cet objectif reste assez vague (cf. [ci-dessus](#)), il a le mérite d'exclure explicitement une visée évaluative à l'échelle des services. Ce point a été essentiel pour rendre possible une réflexion constructive au sein du secteur, mais aussi pour déterminer dans quelle orientation les indicateurs doivent être appropriés et éventuellement adaptés. Nous retenons en particulier que le but n'est pas, et ne doit pas être, de rendre compte de la *charge de travail* des SSM et de leurs travailleur.se.s, mais bien de rendre compte de l'activité globale et des services rendus aux bénéficiaires, ainsi que de quelques caractéristiques socio-démographiques au sujet de ces derniers.

Malgré ces éléments rassurants, tout au long de son travail, le GT a témoigné d'une vigilance à l'égard d'éventuels usages futurs des indicateurs mis en place aujourd'hui : ne permettront-ils pas, demain, de changer le modèle économique des SSM d'un financement à l'agrément vers un financement à l'acte ? Ne risquent-ils pas de rendre possibles, dans le futur, des formes de gouvernementalité⁶ ou de management public s'appuyant excessivement sur des données chiffrées ? De fait, le déséquilibre apparent dans l'Annexe entre le volet qualitatif assez réduit et le volet quantitatif bien plus étoffé laisse présager une importance croissante donnée aux chiffres dans la lecture de l'activité du secteur. C'est une perspective qui reste inquiétante pour les services et problématique en termes de pilotage des politiques publiques, tant les données administratives peuvent être trompeuses si elles sont lues sans tenir compte de leur contexte organisationnel de production (cf. [ci-dessus](#)).

Nous ne pouvons qu'encourager les Pouvoirs Publics à continuer à accorder la plus grande attention aux comptes rendus *qualitatifs* de l'activité des SSM, et à la prise de contact direct avec ces services via des rencontres, des visites de services et un dialogue avec la Ligue dans son rôle de Fédération. Ces modalités de recueil d'information nous apparaissent indispensables et complémentaires à une lecture prudente des données quantitatives qui doit rester attentive à leur contexte de production.

⁶ Nous entendons ce terme dans le sens que lui donne Michel Foucault, qui renvoie à la fois à la notion de « gouvernement » (le fait, pour un Etat, de chercher à orienter les conduites de ses sujets) et à celle de « rationalité » (forme de pensée systématique qui soutient la définition des sujets, des conduites, des méthodes d'intervention, etc.). Il augure des réflexions sur les liens entre technologies et formes de connaissances d'une part, et manières de gouverner d'autre part.

3.5. De l'accord de principe à la mise en œuvre de fait : la nécessité d'investissements matériels et humains dans des outils numériques d'encodage et dans l'harmonisation de leur utilisation

La très grande majorité des remarques et propositions formulées dans la présente Note répondent à **une condition « technique » préalable : l'adaptation des outils et des pratiques de recueil de données** afin de produire demain les données nécessaires aux futurs rapports d'activité. Autrement dit, tout au long de la présente Note, nous formulons des propositions qui tiennent compte des coordonnées sociales et organisationnelles du secteur des SSM, mais dont la mise en œuvre nécessitera une refonte des outils et des pratiques de recueil de données. Concrètement, cela nécessitera des investissements *matériels* dans une adaptation des logiciels-métiers existants et/ou la création d'une solution logicielle sur mesure⁷, et des investissements *humains* dans le co-développement de l'outil numérique (qu'il soit nouveau, ou qu'il s'agisse de l'adaptation d'un logiciel existant), la formation des utilisateurs, l'interface entre services et développeurs, etc.

Où en sont les SSM aujourd'hui en termes d'équipement logiciel ? Actuellement (juin 2023), 22 SSM sont agréés par la CoCoF et répartis en 27 « antennes » ou lieux de consultation.⁸ La répartition des logiciels dans les différentes antennes de SSM est la suivante :

- a) 20 antennes de SSM utilisent le logiciel Champollion, développé depuis le début des années 2000 environ. Certains SSM ont une version de ce logiciel développée en 2004, mais la plupart ont réalisé une mise à jour développée en 2008.
- b) 2 antennes utilisent le logiciel « Modullo » depuis 2020-2022, logiciel développé par et propriété de Advensys S. A.⁹, initialement à la demande du SSM Chapelle-aux-Champs (un 3^{ème} SSM doit basculer de Champollion à Modullo prochainement).
- c) 2 antennes utilisent le logiciel « Jade » depuis 2021-2022, logiciel développé par et propriété de Axel SPRL¹⁰, initialement à la demande du secteur des Centres de Planning Familial.
- d) 1 antenne utilise le logiciel « Medispring » depuis peu, logiciel développé par la coopérative de médecins Medispring SCRL.¹¹
- e) 2 SSM utilisent des solutions construites de manière plus artisanale par des travailleurs du service.
- f) Nous avons moins de contact avec les SSM CoCoM concernant le recueil de données, mais il semble que ceux-ci utilisent le logiciel « Omnibus ».

⁷ En particulier pour les 18 SSM agréés CoCoF utilisant actuellement le logiciel Champollion (implanté en 2004, dernière mise-à-jour 2008), ou des outils « artisanaux » développés par les services eux-mêmes à partir d'Excel, File Maker Pro, etc.

⁸ Lorsqu'un logiciel fonctionne via un cloud (consultation d'une base de données en ligne) et qu'un SSM dispose de plusieurs antennes, il peut y avoir une base de données par antenne ou une base de données pour l'ensemble du SSM. En revanche, lorsqu'un logiciel fonctionne localement (la base de données est stockée sur le disque dur de l'ordinateur ou sur un serveur local), il y a toujours une base de données par antenne. Pour cette raison, il convient de compter la répartition des logiciels par antenne et non par agrément.

⁹ <https://www.advensys.be/logiciel-de-gestion/> consulté le 1/6/2023

¹⁰ <https://www.axel.be/> consulté le 1/6/2023

¹¹ <https://www.medispring.be/index.html> consulté le 1/6/2023

Notons que plus de 80% (22 sur 27) des antennes SSM utilisent Champollion ou un équipement plus artisanal. **Ces outils sont largement obsolètes**, à la fois sur le plan technique (absence de mise à jour depuis des années), sur le plan légal (ils ne sont plus adaptés à l'évolution des réglementations), et en termes d'usage et d'ergonomie (leur conception ancienne/artisanale ne facilite pas l'encodage des données ni les autres usages-métier : facturation, agenda, etc.).

Les données nécessaires aux indicateurs de l'Annexe et déjà disponibles actuellement pour la plupart des services qui utilisent Champollion sont en fait très peu nombreuses :

- a) Les référentiels d'activité de l'Annexe (Accueil, Accompagnement, Soins,...) n'ont pas d'équivalent dans le recueil de données des SSM aujourd'hui (il est par exemple possible d'approcher la notion d'« accompagnement individuel » à partir de la répartition des prestations par fonction professionnelle, en se concentrant sur le travail des assistant.e.s social.e.s, mais cela ne renvoie que très approximativement à la notion d'accompagnement au sens de l'Annexe, cf. [ci-dessous](#)).
- b) Pour certains référentiels d'activité, comme l'Accueil, l'Accompagnement collectif et/ou communautaire, la Prévention collective et l'Appui aux professionnels, aucune donnée n'est actuellement produite par la plupart des SSM.
- c) Des données basiques relatives aux bénéficiaires, comme la répartition selon le genre, l'âge, la région ou la commune de résidence, sont disponibles mais elles ne portent pas sur la même population de « bénéficiaires » que celle définie par l'Annexe (parce que cette population est définie en référence aux référentiels d'activités qui n'existent pas sous cette forme dans le recueil de données actuel)
- d) Pour la plupart des indicateurs, les catégories de l'Annexe et/ou celles proposées dans la présente Note ne correspondent pas aux catégories des formulaires d'encodage.
- e) Tous les SSM qui utilisent Champollion n'utilisent pas la même version de Champollion, et il y a également des variations de formulaires d'encodage au sein d'une même version.
- f) Même lorsque plusieurs SSM utilisent un même formulaire d'encodage, les pratiques d'encodage peuvent varier. Ce dernier aspect est de prime abord invisible et peut apparaître insignifiant, mais les conséquences sur les données produites peuvent être importantes : ainsi, par exemple, un service qui *crée un nouveau dossier* pour un nouveau patient à une étape plus précoce ou plus tardive du processus d'accueil d'une nouvelle demande (à l'issue du premier contact, lors de la prise du premier rendez-vous, à l'issue de la première consultation réalisée...) aura, toutes choses égales par ailleurs, une file active plus ou moins fournie.

Ainsi, même pour les indicateurs les plus « basiques », relatifs au nombre d'activités de chaque référentiel ou au nombre de bénéficiaires, des données fiables et homogènes (entre les différents SSM) ne sont pas disponibles aujourd'hui dans les formes attendues par l'Arrêté.

Pour alimenter à l'avenir un rapport d'activité « harmonisé », il sera nécessaire d'harmoniser préalablement les formulaires (contenu-papier et implémentation logicielle) et les pratiques d'encodage des données (formation et accompagnement). Pour les services utilisant Jade, Modullo ou Medispring, une mise à jour des formulaires d'encodage sera nécessaire et devrait être suffisante (à vérifier). Mais la plupart des SSM utilisent actuellement le logiciel-métier « Champollion » vieillissant (conception début 2000), il apparaît peu opportun d'investir dans la mise à jour de cet outil. Quels investissements seraient nécessaires ? Quand le secteur sera-t-il prêt pour fournir les données demandées ? L'« Annexe 2 : calendrier et budget » ci-joint propose une première projection. Notez

que le contenu de l'Annexe 2 n'a pas encore été validé par l'ensemble du secteur. Celui-ci sera soumis à discussion en Groupe Technique des coordinateur.rice.s des SSM à partir de septembre 2023.

II. Contribution à l'évaluation de l'Annexe

Dans cette partie, nous passons en revue l'ensemble de l'Annexe et évaluons le caractère appropriable des différents indicateurs pour le secteur des SSM. L'Annexe est divisée en trois volets : un volet administratif et qualitatif, un volet reprenant les données relatives aux bénéficiaires, et un dernier volet reprenant les données relatives aux activités. Nos commentaires suivront la structure de l'Annexe. Le volet administratif et qualitatif fera l'objet de commentaires généraux, tandis que les volets bénéficiaires et activités, qui comprennent des indicateurs nécessitant l'encodage routinier de données, fera l'objet d'une revue systématique, indicateur par indicateur.

1. « Le rapport d'activité annuel » (volet administratif et qualitatif)

Ce volet de l'Annexe a fait l'objet de deux ensembles de remarques : les premières concernent la comptabilité de la force de travail (ETPs), les secondes portent sur les types d'activités (les référentiels).

1.1. Clarifier la comptabilité de la force de travail (A3, A4 et A4bis)

1.1.1. Ajouter un indicateur permettant de distinguer les ETPs indépendants

Parmi la force de travail des SSM, certains ETPs sont financés par la CoCoF (A4) et d'autres ne le sont pas. À première vue, le lecteur pourrait penser que, parmi l'ensemble des ETPs (A3), ceux qui ne sont pas financés par la CoCoF sont financés par d'autres fonds publics (Fond Maribel, ACS, etc.). Or, ce n'est pas toujours le cas puisque, dans certains SSM, **une part des ETPs non financés par la CoCoF sont des indépendants financés sur fonds propres.**

Le recours aux indépendants n'est pas anodin : s'il permet d'augmenter la force de travail globale du SSM, il peut aussi questionner le modèle économique des SSM (l'indépendant doit être payé par les fonds propres du SSM, notamment constitués par le paiement des prestations), et le modèle de travail en équipe pluridisciplinaire (selon les modalités d'engagement, les indépendants peuvent ou non être défrayés pour leur participation aux réunions d'équipe et autres activités institutionnelles). Il apparaît dès lors important de visibiliser le recours aux indépendants via le Rapport d'activité.

Par conséquent, nous proposons d'ajouter un indicateur A3bis « Nombre d'Equivalents temps plein indépendants au niveau de votre agrément, pour l'ensemble des activités (financées ou non par la CoCoF) ».

1.1.2. Autres questions relatives aux indicateurs de force de travail (A3, A4, A4bis)

En outre, certaines questions relatives à la manière de compter le personnel (ETP) restent à clarifier :

- a) Quid des travailleurs *financés* par le SSM mais « *détachés* » dans d'autres services, par exemple 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...
- b) Dans les services multi-agrésés, quid des postes (ETP) *bénéficiant à l'ensemble de l'ASBL et à aucun agrément en particulier* (accueil, administratif, etc.) ? Dans quel rapport d'activité faut-il les comptabiliser ?
- c) Quid des ETP qui ont varié au cours de l'année ? Compter le nombre d'ETP au 31 décembre ? Ou tous ceux qui ont été actifs au moins un jour au cours de l'année ?
- d) Concernant la répartition des ETP financés par la CoCoF par fonction professionnelle, faut-il indiquer la fonction *de fait* ou la fonction *financée* ? Cela pose question pour la fonction de « Direction » qui est effective au sein des SSM, mais non financée en tant que telle. Concrètement, cette fonction est endossée par un travailleur financé en tant que psychologue, psychiatre ou assistant social, par exemple.

1.2. Ajouter certains types d'activités pour permettre leur description qualitative (ACT1, Xqual1 et Xqual2)

1.2.1. Les activités de « Coordination et représentation du service » :

Les neufs référentiels d'activité (cf. Annexe ACT1, [x]qual1 et [x]qual2) ne prévoient pas de documenter le travail de coordination, c'est-à-dire le travail du/de la coordinateur.ice. Celui-ci ne se limite pas à la fonction de « point de contact » avec l'administration. **La fonction de coordination est multiple** : elle joue généralement un rôle dans la gestion de l'équipe, l'orientation clinique du travail, la représentation du service dans différents lieux de coordination inter-services, etc. Pour ne pas invisibiliser ce travail, il serait souhaitable d'**ajouter un référentiel d'activité de « Coordination » et de prévoir les indicateurs qualitatifs correspondants** (« décrire et illustrer les prestations » ([x]qual1) et les « difficultés » rencontrées ([x]qual2)). Il n'est en revanche pas souhaitable d'ajouter un volet *quantitatif* correspondant : ce type d'activité est diversifié et difficilement quantifiable.

1.2.2. Les activités visant le « Développement de réseaux de collaboration inter-services »

Les neufs référentiels d'activité (cf. Annexe ACT1, [x]qual1 et [x]qual2) ne prévoient pas de documenter le **travail d'élaboration d'un réseau de collaboration inter-services**. C'est-à-dire tout travail réalisé par les SSM qui, par le biais de rencontres, de concertations, de création d'outils, etc. permet de mettre en place et de soutenir la pérennité des collaborations entre les SSM et d'autres services (autres SSM, autres services de première ligne, etc.).

Nous ne parlons pas ici des collaborations autour d'un usager en particulier (celles-ci peuvent être décrites dans les référentiels de l'Accompagnement et du Soins, car elles en sont une composante), mais bien des collaborations inter-services à portée plus générale. Concrètement, il peut s'agir des rencontres dans le cadre des « Concertations sociales » (CPAS), des antennes du Réseau 107 (Hermes+, Rezone, Bruxelles-Est, Norwest), des groupes de travail à la LBSM, etc. D'année en année, ce travail apparaît davantage attendu par le politique et investi par les services. Pour ne pas invisibiliser ce travail, il serait souhaitable d'**ajouter un référentiel d'activité de « Développement des réseaux de collaboration inter-services » et de prévoir les indicateurs qualitatifs correspondants** (« décrire et illustrer les prestations » ([x]qual1) et les « difficultés » rencontrées ([x]qual2)). Il n'est en revanche pas souhaitable d'ajouter un volet *quantitatif* correspondant : à nouveau, ce type d'activité est diversifié et difficilement quantifiable.

1.2.3. Les activités de « prévention individuelle, de couple et/ou de famille, réalisées simultanément à une prestation d'un autre type »

Nous le verrons plus loin, il ne sera pas possible pour les SSM de compter le nombre de prestations de **prévention individuelle** (ou de couple/famille) réalisées simultanément à une prestation d'un autre type. Dès lors, nous proposons de **transformer ces indicateurs quantitatifs en indicateurs qualitatifs**. Concrètement, cela passerait par l'ajout d'une catégorie relative à la prévention individuelle dans la liste des activités à cocher (ACT1) puis l'ajout des questions qualitatives correspondantes quand cette case est cochée (Xqual1, Xqual2).

Nous suggérons en outre de renommer « individuel » en « individuel, de couple ou de famille » car, nous le verrons plus loin, les formats de couple et de famille (qui ne sont pas actuellement prévus dans l'Annexe) devraient être traités avec les formats individuels (et non via le référentiel d'activités collectives et/ou communautaires).

2. « Données relatives aux bénéficiaires »

2.1. Remarques générales sur le recueil de données au sujet des bénéficiaires

Actuellement, les SSM recueillent déjà certaines informations au sujet de leurs bénéficiaires. Lesquelles et comment ? Dans la première décennie des années 2000, un recueil de données a été construit en deux volets via le logiciel-métier « Champollion » : un volet comporte les informations de bases du « dossier » du patient (année de naissance, genre, commune de résidence,...) ; l'autre volet, nommé « PsyStat », a été développé ultérieurement pour apporter des précisions supplémentaires (statut socio-économique, profession, niveau d'éducation, état civil, nationalité,...).¹² Notons qu'aujourd'hui la situation est plus diversifiée car, face à la désuétude du logiciel Champollion, certains services ont opté pour de nouveaux logiciels-métiers tels que « Jade » ou « Modullo ».

¹² Certains services recueillent par ailleurs des informations sur les « premiers contacts » ou les « nouvelles demandes », c'est-à-dire au sujet des demandes et de demandeurs avant que ceux-ci ne soient effectivement intégrés dans la file active du service en tant que nouveau patient (une part importante des nouvelles demandes ne donne d'ailleurs pas lieu à un

Dans la plupart des services, les informations du **dossier de base** sont encodées au secrétariat d'accueil, par la personne exerçant la fonction de secrétaire-accueillant. Elles peuvent être recueillies dès le premier contact téléphonique avec la personne porteuse d'une nouvelle demande, ou ultérieurement lorsque le demandeur accède effectivement à un nouveau suivi. Il semble que, la plupart du temps, ces informations administratives sont explicitement demandées au patient.

Les **formulaires « Psystat »**, eux, sont généralement complétés, non par le secrétariat d'accueil mais bien par l'intervenant en charge du suivi, dans le courant des premiers rendez-vous. Le plus souvent, l'information recueillie ne semble pas être l'objet d'un questionnement explicite de l'intervenant vis-à-vis du/de la bénéficiaire (« quel est votre niveau de diplôme ? » ; « êtes-vous marié ? » etc.), l'intervenant semblerait plutôt déduire ces informations à partir de ses échanges « naturels » avec le patient. Cette manière de faire est justifiée par l'importance de préserver la relation clinique entre patient et intervenant, sans que l'intervenant ne soit amené à poser une série de questions au patient, des questions qui ne font pas sens au regard du travail thérapeutique. Ainsi, il ne semble pas rare, par exemple, que le niveau d'étude du patient soit déduit par l'intervenant à partir d'autres informations ou d'un sentiment général, ou que le fait que le bénéficiaire travaille ou non soit déduit à partir de sa disponibilité horaire, par exemple.

Si elle se justifie dans la logique pratique du travail clinique et de son organisation, du point de vue de la qualité des données, la déduction par l'intervenant laisse davantage de place à l'interprétation et peut nuire à la qualité de l'information produite.

En outre, le fait que ces informations soient produites par chaque intervenant et non de manière plus centralisée au niveau du secrétariat d'accueil multiplie le nombre d'acteurs impliqués et ainsi la variété des manières de faire : il semble bien y avoir une grande diversité de pratiques d'encodage des formulaires « Psystat », non seulement entre les différents services (ce qui s'observe déjà pour l'encodage des données du dossier de base), mais également entre les intervenants au sein d'un même service.

Il serait assez facile de se montrer critique à l'égard des professionnels et de leur « manque de rigueur » dans la récolte d'informations au sujet des patients. Il nous semble pourtant que le problème est ailleurs : il faut reconnaître qu'une posture clinique et une posture de recueil de données sont deux perspectives bien distinctes et pas nécessairement compatibles ; un « bon clinicien » n'est pas nécessairement et ne doit pas nécessairement être un « bon enquêteur » (au sens de l'enquêteur qui administre un questionnaire). Les dispositions d'esprit, les modalités d'attention, la manière de discriminer « ce qui est important » et « ce qui est négligeable » ne sont pas les mêmes, du point de vue de la clinique et du point de vue du recueil de données administratives (cf. [ci-dessus](#)).

À partir de ce constat, notre parti pris est le suivant : il faut **veiller à ce que le recueil de données administratives s'ajuste au mieux au sens pratique des professionnels**. C'est-à-dire qu'il faut que les données demandées correspondent au plus près aux informations recueillies « naturellement » par les professionnels dans le cadre de

nouveau suivi étant donné la saturation du secteur). Cependant, nous nous préoccupons peu ici des données de premiers contacts car le volet « Bénéficiaires » de l'Annexe présente peu d'attente à ce sujet. Pour plus d'information, voir xxx.

leur activité. Et cela, évidemment, pour éviter d'engendrer des frustrations et un sentiment de bureaucratisation des pratiques professionnelles, voire une détérioration de la relation thérapeutique, mais tout autant pour garantir une certaine qualité des données produites.

2.2. Revue des indicateurs (bénéficiaires)

2.2.1. Nombre total de bénéficiaires (B1)

2.2.1.1. *Remarques concernant la situation actuelle : un « dossier » n'est pas toujours un « bénéficiaire »*

Avec les données disponibles actuellement, la principale difficulté porte sur la **non-correspondance entre le nombre de dossiers actifs et le nombre de bénéficiaires** de la file active.

Certaines caractéristiques des pratiques d'encodage actuelles, et leur hétérogénéité, biaisent en effet l'estimation du nombre de bénéficiaires à partir du recensement du nombre de dossiers enregistrés. Pour les services qui utilisent le logiciel Champollion, nous avons identifié au moins trois dimensions à ce problème :

- a) Tout d'abord, actuellement, la « file active » correspond au nombre de dossiers pour lesquels au moins 1 prestation a été enregistrée au cours de l'année, quel que soit le statut de réalisation de la prestation (patient venu ou non), quel que soit le format de la prestation (individuel, de couple, de famille, de groupe), quel que soit le type de prestation ou la fonction de l'intervenant principalement impliqué. Ainsi, le traitement actuel des données ne permet pas de répondre à la définition actuelle des « bénéficiaires » au sens de l'Annexe (celle-ci se limitant aux bénéficiaires de certaines activités du référentiel à l'exclusion notamment des activités collectives et communautaires). Et, selon les pratiques d'encodage, les activités de groupe peuvent ou non faire l'objet d'un dossier individuel par patient et peuvent ou non être enregistrées comme prestation.
- b) Ensuite, selon les services, les couples et familles peuvent être enregistrés en suivant la règle « 1 dossier par personne » ou selon la règle « 1 dossier par couple/famille » (cette dernière option implique de créer un seul dossier de type « familial », mais le logiciel Champollion ne permet pas de documenter plusieurs individus via un même dossier, le dossier est donc attribué arbitrairement à un seul membre de la famille).
- c) Enfin, certains services font un usage « détourné » des dossiers pour permettre l'enregistrement d'activités sans enregistrer individuellement des bénéficiaires (c'est le cas, parfois, pour certaines activités de groupes ou pour des prestations d'accueil : un dossier « activité de groupe » ou « accueil » est créé et les prestations correspondantes lui sont attribuées – le dossier ne correspond alors plus à un bénéficiaire mais bien à un type d'activité).

La seule donnée disponible actuellement pour la plupart des services est le « nombre de dossiers actifs ». Mais au vu des biais décrits ci-dessus, la déduction du « nombre de bénéficiaires » à partir du nombre de dossiers peut être fort approximative. Il serait prudent de conclure que **les SSM ne disposent pas aujourd'hui, à l'échelle sectorielle, de données stables, fiables et comparables reflétant leur nombre de bénéficiaires.**

2.2.1.2. Propositions

Moyennant une mise à jour des logiciels et outils d'encodage d'une part, et un accompagnement vers l'homogénéisation des pratiques d'encodage d'autre part, les SSM pourraient fournir à l'avenir des données exploitables au sujet du « nombre de bénéficiaires ».

Mais il convient néanmoins de **clarifier la définition des « bénéficiaires »** : les personnes bénéficiant uniquement d'activités collectives et communautaires sont déjà exclues du comptage. Nous proposons d'étendre cette exclusion à deux autres ensembles d'activités : les activités d'accueil et les activités d'appui aux professionnels.

Les bénéficiaires participant exclusivement à des activités collectives et/ou communautaires sont déjà exclus du comptage des bénéficiaires dans la version actuelle de l'Annexe. Il est en effet difficile de compter des bénéficiaires uniques et de documenter diverses caractéristiques de ces bénéficiaires pour des activités collectives qui sont souvent « sans inscription » (et c'est une bonne chose, pour faciliter l'accès à ces activités, qu'elles puissent rester sans inscription individuelle). Nous appuyons donc ce choix.

Les bénéficiaires d'activités d'appui aux professionnels ne sont pas explicitement exclus du comptage des bénéficiaires mais cela semble aller de soi : il ne serait pas pertinent de recueillir auprès des professionnels bénéficiant d'une formation, d'une intervention, etc. le même type de données que celle recueillies auprès des bénéficiaires patients. Nous proposons de les exclure explicitement du comptage des bénéficiaires.

Les bénéficiaires d'activités d'accueil ne sont pas explicitement exclus du comptage des bénéficiaires mais nous suggérons de le faire. En effet, celles et ceux qui ont bénéficié exclusivement d'activités d'accueil ne sont pas « bénéficiaires » du service au même titre que les autres : ils ont été entendus, accueillis, souvent réorientés vers d'autres services, parfois acceptés pour un nouveau suivi mais ne se sont jamais présentés... mais ils ne bénéficient pas d'un suivi. Il est intéressant de visibiliser cette population et de rendre compte de l'impossibilité pour les services d'accorder un suivi à toutes celles et ceux qui le voudraient ou le nécessiteraient. Nous proposons de le faire via le module d'activité « Accueil ». Mais nous suggérons de ne pas fonder cette catégorie particulière de bénéficiaire dans la file active des services. Nous proposons dès lors d'exclure explicitement du comptage les bénéficiaires d'activité d'accueil qui n'ont pas par ailleurs bénéficié d'Accompagnement ou de Soins.

Ainsi, l'indicateur B1 relatif à la file active rendrait compte du nombre total de bénéficiaires d'activités d'accompagnement social et d'activités de soins, à l'exclusion des bénéficiaires impliqués uniquement dans des prestations collectives et/ou communautaires, d'accueil, ou d'appui aux professionnels.

2.2.2. Nombre de bénéficiaires qui, au cours de l'année, ont bénéficié de vos services pour la première fois (B1bis)

2.2.2.1. Remarques concernant la situation actuelle : qu'est-ce qu'un « nouveau » bénéficiaire ?

Les remarques et propositions formulées pour l'indicateur B1 sont également valables pour B1bis (cf. [ci-dessus](#)).

En outre, le nombre de bénéficiaires qui « bénéficient de vos services pour la première fois » est estimé à partir de la *date de création du dossier*. Or, tous les services n'ont pas des conceptions homogènes de « ce qu'ils considèrent comme un nouveau bénéficiaire », ni des pratiques homogènes relatives à la création de nouveaux dossiers (cf. [ci-dessus](#)).

Nous formulons cette remarque par souci de rigueur, mais les approximations dues aux différences de conception des « nouveaux » bénéficiaires semblent raisonnables. L'homogénéisation des pratiques à ce sujet ne nous apparaît pas prioritaire.

2.2.2.2. Propositions

Pas de demande de modification de l'Annexe.

2.2.3. Répartition des bénéficiaires par catégorie d'âge (B2)

2.2.3.1. Remarques concernant la situation actuelle

Actuellement, la date de naissance du bénéficiaire est généralement recueillie par le secrétariat d'accueil lors de l'inscription, soit via la lecture de la carte d'identité électronique, soit (le plus souvent) via interrogatoire oral. Cela ne semble pas poser de problème particulier.

2.2.3.2. Propositions

Pas de demande de modification.

2.2.4. Répartition des bénéficiaires par genre (B3)

2.2.4.1. Remarques concernant la situation actuelle

Actuellement, le *genre/sexe* du bénéficiaire est généralement recueilli par le secrétariat d'accueil lors de l'inscription. Soit via la lecture de la carte d'identité électronique, soit par déduction à partir des caractéristiques physiques apparentes (presque jamais via interrogatoire oral). Ces deux méthodes de recueil de l'information auprès du bénéficiaire ne permettent pas une distinction claire et systématique entre le *sexe* (attribut physiologique), le *sexe administratif* (inscrit sur la carte d'identité) et le *genre* (identité sociale). Cela ne posera pas de problème pour la répartition « féminin/masculin » dans la plupart des cas, les catégories « neutre » et « autre » risquent d'être sous-estimées.

2.2.4.2. Propositions

Pas de demande de modification.

2.2.5. Répartition des bénéficiaires par région du domicile (B4)

2.2.5.1. *Remarques concernant la situation actuelle*

Le code postal et la localité sont actuellement recueillis par les SSM lors de l'inscription. Il est possible d'en déduire la région, même si cela n'a pas été fait cette année pour les rapports d'activité portant sur les données de 2022.

Notons que le domicile est susceptible de changer au cours d'un suivi. Nous n'avons pas pu déterminer si les SSM actualisent ou non cette information au cours du suivi : cela semble être le cas lorsqu'ils utilisent l'adresse à des fins de facturation, d'envoi de courrier postal, etc. mais ce ne serait pas systématique.

Notons également que la distinction entre *domicile légal* et *lieu de résidence de fait* n'est pas clairement établie lors du recueil de l'information. Lorsque le recueil est réalisé via la lecture électronique de la carte d'identité, c'est bien le domicile légal qui est encodé. Dans les autres cas, l'« adresse » est recueillie par interrogatoire oral sans opérer une distinction claire entre *résidence* et *domicile*.

Enfin, certaines situations plus complexes relatives au lieu de résidence de fait peuvent être difficiles à documenter, comme les enfants dont les parents se partagent la garde, les étudiants qui vivent en partie chez leurs parents et en partie dans un logement étudiant, etc.

Les termes « domicile » (B4) et « domiciliés » (B5) doivent donc être lus avec souplesse.

2.2.5.2. *Propositions*

Pour refléter l'approximation des données récoltées quant à la distinction domicile/lieu de résidence, nous suggérons d'indiquer « domicile/lieu de résidence » dans l'énoncé de l'indicateur.

2.2.6. Répartition des bénéficiaires domiciliés en Région Bruxelles-Capitale par commune (B4bis)

2.2.6.1. *Remarques concernant la situation actuelle*

Mêmes remarques que pour B4. En outre, les SSM distinguent actuellement, au sein de la commune de Bruxelles, les localités de Haren, Laeken et Neder-Over-Hembeek.

2.2.6.2. *Propositions*

Nous suggérons de distinguer, au sein de la commune de Bruxelles, les localités de Haren, Laeken et Neder-Over-Hembeek. Celles-ci sont repérables via le code postal, elles sont généralement connues des bénéficiaires qui communiquent leur adresse et offrent un niveau de précision plus important que « Bruxelles Ville » qui couvre un large territoire.

2.2.7. Répartition des bénéficiaires par type de ménage lors de l'inscription (B5)

2.2.7.1. *Remarques concernant la situation actuelle*

Les SSM qui utilisent les formulaires « PsyStat » de Champollion peuvent renseigner le « milieu de vie habituel » qui correspond au « type de ménage ». Notons toutefois que la part des SSM qui complètent plus de 50% de formulaires Psystat diminue d'année en année. Signalons également qu'une erreur a été constatée dans le script du logiciel qui transforme des variables binaires en une variable catégorielle pour le milieu de vie habituel, de sorte que nous n'exploitons plus ces données actuellement.

Cette information est recueillie par les intervenants, à l'issue des premiers rendez-vous avec un nouveau bénéficiaire. Cette donnée est généralement déduite des échanges naturels dans le cadre des premiers entretiens, sans faire l'objet d'un interrogatoire oral explicite.

2.2.7.2. *Propositions*

Pas de demande de modification

2.2.8. Répartition des bénéficiaires par type de situation de logement lors de l'inscription (B6)

2.2.8.1. *Remarques concernant la situation actuelle*

Aucune donnée concernant la situation de logement n'est recueillie actuellement.

2.2.8.2. *Propositions*

Contrairement au type de ménage, la situation de logement – et en particulier le fait d'être propriétaire ou locataire, puis locataire privé ou social etc. – est un sujet qui n'est généralement pas abordé spontanément par les bénéficiaires lors des premiers entretiens avec l'intervenant. Et les intervenants n'envisagent pas d'imposer ce questionnement à leurs bénéficiaires dans le cadre de premiers entretiens dont le contenu doit être guidé avant tout par le sens clinique.

Les SSM conçoivent cependant l'intérêt de documenter cette dimension. La plupart des SSM sont prêts à documenter une variable binaire [avec logement ; sans logement]. Certains SSM qui travaillent avec des publics

particulièrement précaires documentent cette dimension avec des catégories plus fines : [chez soi propre ; chez un tiers ; en institution ; sans logement]. Il serait possible de généraliser cette manière de faire à l'ensemble des SSM.

2.2.9. Répartition des bénéficiaires par type de source principale de revenus lors de l'inscription (B7)

2.2.9.1. *Remarques concernant la situation actuelle*

Actuellement, les SSM qui utilisent les formulaires PsyStat de Champollion peuvent documenter la *profession* et le *statut socio-économique* du bénéficiaire, mais ces données sont trop peu complétées et ne semblent pas, en pratique, recueillir l'adhésion des services.

2.2.9.2. *Propositions*

La plupart des SSM soulignent l'intérêt de communiquer au sujet de la dimension socio-économique des bénéficiaires, mais sont réfractaires à l'idée d'interroger leurs bénéficiaires à ce sujet.

Les intervenants témoignent être généralement capables, à l'issue de premiers entretiens, de déduire si le bénéficiaire travaille ou ne travaille pas. Mais documenter des aspects plus détaillés de sa situation socio-professionnelle (type d'allocation etc.) nécessiterait un interrogatoire oral explicite. A nouveau, il n'est pas souhaitable que les sujets abordés lors des premiers entretiens soient guidés par le recueil de données administratives plutôt que par la pertinence d'aborder tels ou tels sujets au regard du sens clinique.

Considérant cela, nous suggérons de limiter les données recueillies par déduction et/ou interrogatoire aux catégories binaires [travaille ; ne travaille pas] et de compléter cette information par les trois indicateurs suivants qui sont généralement documentés par les services à des fins pratiques :

a) *Bénéficie d'une facturation des prestations au CPAS*

Oui

Non

Donnée manquante

(Cette information a l'avantage d'être connue des SSM à des fins de facturation. Elle ne demande donc pas un travail de recueil de données supplémentaire auprès du patient. Si l'absence de facturation au CPAS ne reflète pas nécessairement un niveau de revenu élevé en raison de nombreuses situations de non-accès aux droits, la présence d'une intervention financière du CPAS traduit quant à elle assez systématiquement une situation de précarité économique)

b) *Dispose du statut BIM (bénéficiaire d'intervention majorée auprès de la mutuelle)*

Oui

Non

Donnée manquante

(Cette information n'est actuellement pas recueillie par la plupart des SSM mais les échanges au sein du groupe de travail suggèrent qu'elle pourrait être recueillie à l'avenir au niveau du secrétariat d'accueil. En principe, le statut BIM est accordé, soit automatiquement soit sur demande, compte tenu d'un seuil de revenu. Mais à nouveau, il existe des cas où l'absence de statut BIM reflète un nonaccès au droit malgré un faible revenu, ce dont il faudra tenir compte. Un avantage des indicateurs liés à l'assurabilité est qu'ils s'appliquent également aux enfants, contrairement aux indicateurs liés à l'activité)

En outre, certains SSM demandent au patient une vignette mutuelle (lorsque le patient est en ordre de mutuelle), en particulier pour le remboursement des consultations psychiatriques mais parfois également pour d'autres types de suivi. Les codes CT1/CT2 fournissent des informations plus précises sur le statut socio-économique du patient. Il serait intéressant d'explorer cette piste, vérifier si ces données sont généralement à jour, voir comment elles pourraient être exploitées. L'observatoire de la Santé et du Social, qui a déjà travaillé sur les données des mutuelles, pourrait nous éclairer à ce sujet. Mais rappelons que tous les SSM ne recueillent pas les vignettes mutuelle des patients, en particulier lorsque ceux-ci ne bénéficient pas de prestations auprès d'un médecin psychiatre ou lorsque les patients ne sont pas en ordre de mutuelle.

2.2.10. Nombre de bénéficiaires bénéficiant d'une reconnaissance « handicap » (SPF, PHARE, VAPH, AVIQ, DSL,...) (B8)

2.2.10.1. Remarques concernant la situation actuelle

Aucune donnée n'est actuellement recueillie à ce sujet.

2.2.10.2. Propositions

Malgré l'intérêt que représente la question du handicap, les professionnels présents dans le groupe de travail anticipent la difficulté de recueillir ce type d'information : la reconnaissance du handicap (SPF, PHARE etc.) ne peut être déduite, elle devrait être systématiquement interrogée auprès du patient. Or, ce type de question ne fait pas sens dans la pratique, ni au niveau de l'accueil ni au niveau de la clinique. Le risque est que les travailleurs n'interrogent pas systématiquement les patients à ce sujet, identifient certains bénéficiaires porteurs du statut de handicap lorsque le handicap est manifeste, mais pas d'autres pour qui le handicap n'est pas manifeste, ce qui conduirait à biaiser fortement cet indicateur.

Pour ces raisons d'ordre méthodologique, nous suggérons de ne pas conserver cet indicateur.

2.2.11. Répartition des bénéficiaires par type d' « adresseur » (personne qui a recommandé au bénéficiaire de s'adresser au service) (B9)

2.2.11.1. Remarques concernant la situation actuelle

L'« adresseur » est une dimension liée à l'accueil des nouvelles demandes. Seuls certains SSM recueillent de l'information à ce sujet, et ils le font d'une manière fort hétérogène. Voir à ce sujet les remarques concernant les indicateurs d'activité « Accueil ».

2.2.11.2. Propositions

L'« adresseur » est une information qui est davantage liée au parcours d'accueil du néo demandeur qu'à l'identité même du bénéficiaire. Nous suggérons que cet indicateur porte plus spécifiquement sur les *nouvelles demandes* (module d'activité « Accueil ») et non sur les *bénéficiaires* de la file active. Nous suggérons donc de le déplacer.

La liste des adresseurs ne semble pas poser problème.

Nous devons enfin indiquer une difficulté dans la production de cette information, même si cette difficulté est difficilement dépassable : le cheminement d'accès d'un usager est souvent complexe. Dans certains cas le service contacté est le premier point de contact professionnel pour l'utilisateur, dans d'autres cas l'utilisateur a été orienté par un autre professionnel unique et clairement identifié, mais dans un certain nombre de cas l'utilisateur a contacté plusieurs autres professionnels préalablement. Dans ces derniers cas, il n'est pas facile de savoir lequel des envoyeurs va être renseigné par le patient : le premier professionnel contacté ? Le dernier professionnel contacté ? La récente enquête qualitative de la Ligue au sujet de l'accueil et de l'accessibilité des SSM donne quelques précisions à ce sujet.

3. « Indicateurs d'activités »

3.1. Remarques et propositions transversales à plusieurs référentiels d'activité

3.1.1. Prestations enregistrées et prestations réalisées

Il conviendrait, pour chaque référentiel d'activité concerné par des prestations sur rendez-vous, de documenter aussi bien les prestations *effectivement réalisées* que les prestations *prévues mais non réalisées*.

Les SSM reçoivent la plupart du temps les bénéficiaires sur rendez-vous. Il y a dès lors une part de **rendez-vous manqués**. Cependant, un rendez-vous manqué n'est pas « rien », ni du point de vue de l'intervenant (qui a bloqué une plage horaire pour tel bénéficiaire), ni du point de vue du bénéficiaire (il peut s'agir d'un oubli, d'une absence volontaire, d'une impossibilité, etc. mais une absence est rarement insignifiante), ni même du point de vue des politiques publiques (pour toucher certains publics qui, pour des raisons cliniques ou sociales peuvent avoir des difficultés à se tenir à un agenda, il est nécessaire de faire preuve de souplesse et d'accepter une part parfois importante de rendez-vous non honorés – outre le développement d'autres dispositifs comme les permanences

sans rendez-vous par exemple). Il apparaît dès lors important de ne pas invisibiliser les rendez-vous non honorés. Pour cela, nous suggérons d'inclure les rendez-vous non honorés dans la comptabilité des prestations lorsqu'aucune précision n'est apportée (ACC1, ACI1, ACOL1, etc.), et d'ajouter un indicateur bis (ACC1bis, ACI1bis, ACOL1bis, etc.) indiquant le nombre de prestations honorées par le(s) bénéficiaire(s).

Concernant l'ensemble des indicateurs de « répartition des activités » selon le type, lieu etc., ceux-ci porteront bien sur l'ensemble des prestations *réalisées* (sans compter les rdv non honorés). Pour éviter toute ambiguïté, nous suggérons de renommer l'ensemble de ces indicateurs en ce sens.

3.1.2. Les prestations de couple et de famille, et les co-thérapies : combien de « prestations » sont comptées ?

3.1.2.1. Remarques (couples, familles et co-thérapies)

Intuitivement, 1 prestation = 1 rencontre entre 1 bénéficiaire et 1 intervenant. Les notions de co-thérapie (plusieurs intervenants présents lors d'une rencontre) et les formats de prestations de couple et de famille (plusieurs bénéficiaires présents lors d'une rencontre) nous obligent cependant à dépasser cette intuition et préciser les choses.

Quatre notions apparaissent nécessaires pour comprendre « ce que nous comptons » dans ces cas plus complexes : *rencontre*, *prestation*, *participation* et *interaction*. Définissons ces termes par un exemple *ad hoc*. Soit le cas d'une famille comptant 3 personnes, reçues simultanément par deux intervenants (co-thérapie familiale) : il s'agit de 1 seule et même *rencontre* impliquant 3 bénéficiaires et 2 intervenants ; lors de cette rencontre, chaque intervenant délivre sa prestation, donc 2 *prestations* au total ; lors de cette rencontre chaque bénéficiaire participe à la rencontre, donc 3 *participations* au total ; finalement, chaque intervenant a eu une interaction avec chaque bénéficiaire, donc 6 *interactions* au total.

Cas simple : 1 intervenant rencontre 1 bénéficiaire

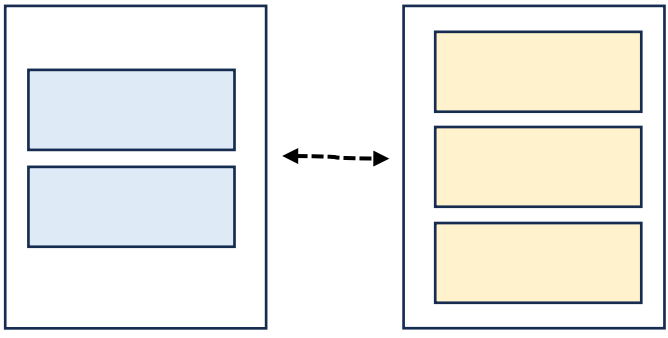
Intervenant A	Dossier individuel 789
---------------	------------------------



Cas complexe : 2 intervenants rencontrent une famille comptant 3 bénéficiaires

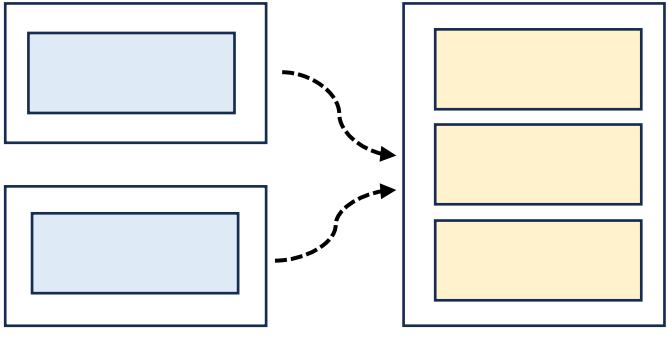
- **1 rencontre**

Intervenant A & B	Dossier familial 123
-------------------	----------------------



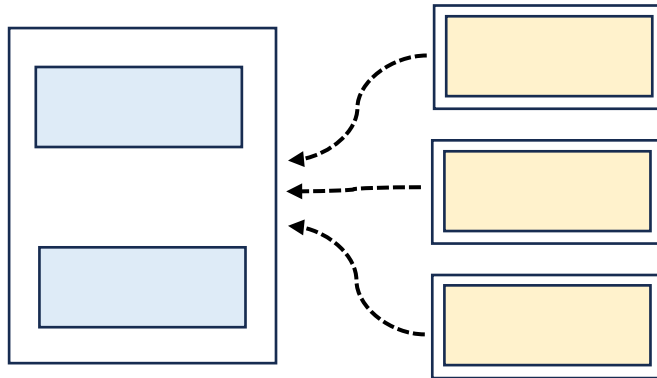
- **2 prestations**

Intervenant A	Dossier familial 123
Intervenant B	Dossier familial 123



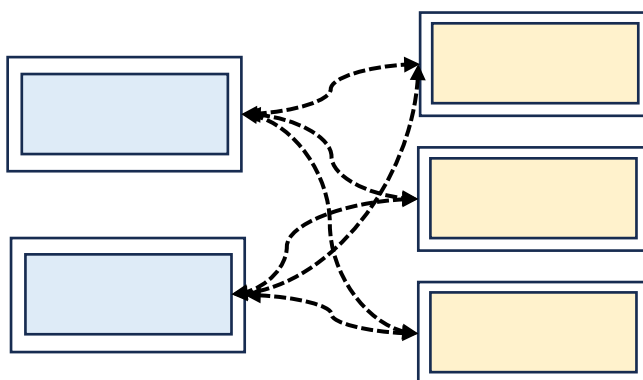
- **3 participations**

Intervenants A & B	Dossier individuel 123A
Intervenants A & B	Dossier individuel 123B
Intervenants A & B	Dossier individuel 123C



- **6 interactions**

Intervenant A	Dossier individuel 123A
Intervenant A	Dossier individuel 123B
Intervenant A	Dossier individuel 123C
Intervenant B	Dossier individuel 123A
Intervenant B	Dossier individuel 123B
Intervenant B	Dossier individuel 123C



Actuellement, les pratiques d'encodage varient, aussi bien au niveau de la création des dossiers (la plupart des SSM créent 1 dossier par individu, mais certains SSM créent 1 seul dossier pour le couple ou la famille dans son ensemble), qu'au niveau de l'encodage des prestations (un item « CT » de la variable « Venu » dans Champollion

doit permettre de compter distinctement les prestations et les rencontres lorsque le format est de couple ou de famille, mais l'usage de cet item est divers et en pratique il n'est pas toujours possible d'opérer cette distinction). Ainsi, nous parlons communément de « prestations » et nous comptons parfois effectivement des prestations, mais parfois il s'agit en fait d'interactions, parfois des rencontres, ce qui produit des différences artificielles.

À notre connaissance, parmi les logiciels utilisés par les SSM, seul le logiciel Modullo permet de distinguer clairement ces quatre niveaux car il attribue un identifiant unique à chaque « rendez-vous » (*rencontre* entre un ou plusieurs patients et un ou plusieurs intervenants), à chaque « patient » (individu), à chaque intervenant, et à chaque « dossier » (identifiant du patient propre à chaque intervenant). Le logiciel Jade serait un peu moins précis, car il n'existerait pas d'identifiant par *rencontre*. Avec Champollion, seules existent les notions de « dossier » (correspondant en principe à 1 patient, mais pas toujours), d'intervenant et de « prestation » qui, selon les pratiques d'encodage, renvoient à une interaction, une rencontre, etc. Une étude plus précise des différents logiciels disponibles et de leur fonctionnement devrait permettre de vérifier ces observations que nous avançons ici avec prudence (cf. [ci-dessus](#)).

3.1.2.2. Propositions (couples, familles et co-thérapies)

L'Annexe ne prévoit pas spécifiquement l'encodage de **données relatives aux couples et aux familles**, ni dans le module « Bénéficiaires », ni dans les différents référentiels d'activité.

Plusieurs options ont été envisagées par le groupe de travail : créer un référentiel propre pour les suivis de couple et de famille, verser les prestations de couple et de famille dans l'accompagnement collectif et communautaire en raison de leur format non individuel, ou verser les prestations de couple et de famille dans les référentiels d'accompagnement individuel et de soin (selon les cas). Après examen des différentes possibilités et de leurs conséquences en termes de pratiques d'encodage, de qualité des données et de visibilité des accompagnements et soins prodigués aux couples et aux familles, nous suggérons de retenir la troisième proposition : **encoder les suivis de couple et de famille dans les mêmes référentiels (« Accompagnement social » et « Soin ») que les suivis individuels**. Implications concrètes :

- a) Renommer le référentiel d'accompagnement individuel : « Accompagnement social (individuel, de couple et/ou de famille) ». Nous verrons plus loin que le terme « social » se justifie au regard de la définition de cette catégorie (cf. [ci-dessous](#)), soulignons ici que cette appellation permet de préciser que les formats individuel, de couple et de famille sont concernés.
- b) Renommer le référentiel de soin : « Soin (individuel, de couple et/ou de famille) » (idem ci-dessus).
- c) Ajouter dans les référentiels « Accompagnement social » et « Soin » une variable « Répartition des prestations (...) par format de contact ».

Pour les SSM, il faudra veiller ultérieurement à **adapter les logiciels et pratiques d'encodage** en ce sens :

- a) Chaque individu membre d'un couple ou d'une famille devra disposer d'un dossier (ou identifiant) individuel, permettant la collecte de données socio-démographiques individuelles.
- b) Les logiciels devront permettre de faire la distinction entre les *rencontres*, les *prestations*, les *participations* et les *interactions* (cf. [ci-dessus](#)).
- c) Pour le module « Bénéficiaires » : chaque bénéficiaire membre d'un couple ou d'une famille, et bénéficiant à ce titre d'un accompagnement de couple/famille ou d'un soin, sera compté dans le module « Bénéficiaires ».

3.1.3. La difficile objectivation du travail réalisé en l'absence du bénéficiaire

Enfin, quand bien même la définition de l'unité d'observation serait stabilisée, il reste des différences de pratiques d'encodage au niveau de *ce à quoi l'encodage fait référence*. Encoder une prestation implique pour l'intervenant de considérer le cours continu de son activité, de le morceler en une série d'occurrences qui ont un début et une fin (*discrétisation*), et de choisir parmi ces actes lesquels « méritent » d'être encodés et lesquels ne doivent pas l'être (*discrimination*). Nous schématisons le processus à des fins d'explication.

Dans de nombreux cas de prestations sociales, la discrétisation et la discrimination relèvent d'un « allant de soi » : un intervenant encodera « naturellement » comme 1 prestation le fait d'avoir rencontré tel bénéficiaire durant trois quart d'heure. Mais dans d'autres cas, **il peut devenir difficile de discrétiser et de discriminer les activités qui doivent ou non être encodées, en particulier pour les prestations réalisées en l'absence du bénéficiaire** : un matin, telle assistante sociale a vu trois bénéficiaires, mais elle a également passé une demi-heure au téléphone avec le CPAS de sa commune pour débloquer la situation administrative d'un autre bénéficiaire qu'elle a rencontré la veille. Au téléphone pour joindre une administration fédérale, laissant s'écouler un air de Beethoven, l'assistante sociale consulte ses e-mails, répond à l'un d'eux et complète un formulaire en pièce jointe d'un second, etc. **Concrètement, qu'est-ce que « 1 » activité ? Lesquelles doivent ou non être encodées ?** Des interrogations homologues se posent pour le travail de psychologues ou de psychiatres par exemple, lorsqu'ils rédigent un rapport. De manière générale, ce sont la plupart des activités réalisées pour le bénéficiaire en son absence qu'il est difficile d'objectiver.

Actuellement, il n'existe pas de réponse univoque à cette question. En particulier, certains services encodent le travail administratif réalisé en l'absence du bénéficiaire, selon des critères et des principes de jugement variables relevant du temps de travail, de la « clôture » d'un dossier, etc. Ci-dessous, nous formulons des propositions pour tenir compte de cette difficulté à l'avenir (cf. [ci-dessous](#)). Notons que ces remarques, qui émergent dans l'analyse du référentiel d'Accompagnement social, valent également pour le Soins, en particulier lorsqu'il s'agit pour un intervenant d'assembler et rédiger un dossier/rapport pour le bénéficiaire ou pour un tiers.

3.2. « Indicateurs d'activités : Accueil »

3.2.1. Remarques générales sur la situation actuelle

3.2.1.1. *Éléments de définition et de description des pratiques d'accueil en SSM*

L'accueil est une notion polysémique qui, en SSM, renvoie à au moins deux choses : le traitement des nouvelles demandes d'une part, et l'accueil au sens large d'autre part.

L'**accueil au sens large** désigne un ensemble de pratiques et de dispositifs qui ont, de fait, une fonction d'accueil pour les bénéficiaires : la salle d'attente et son aménagement, le fait d'ouvrir la porte aux bénéficiaires qui se présentent et leur proposer une boisson chaude, le site internet du SSM avec ses coordonnées, heures d'ouverture etc., la prise de rendez-vous téléphonique auprès des secrétaires accueillant.e.s, les allées et venues des intervenants dans les espaces communs du services qui sont propices à des contacts informels, etc. Un ensemble de pratiques et de dispositifs qui rendent le SSM accessible et accueillant, qui sont une dimension importante de la clinique en institution, et qu'il est souvent difficile de décrire et d'objectiver car toute une partie de ces pratiques semble aller de soi, produit davantage une « ambiance » qu'un résultat objectivable, et apparaît dès lors « non comptables ». Pour cette raison, et malgré l'importance que peut revêtir l'accueil au sens large pour les SSM et leurs bénéficiaires, nous proposons de limiter l'ensemble des indicateurs quantitatifs relatifs à l'accueil au seul traitement des nouvelles demandes. Nous espérons cependant que cela ne conduira pas à invisibiliser et déconsidérer les autres dimensions du travail d'accueil en SSM.

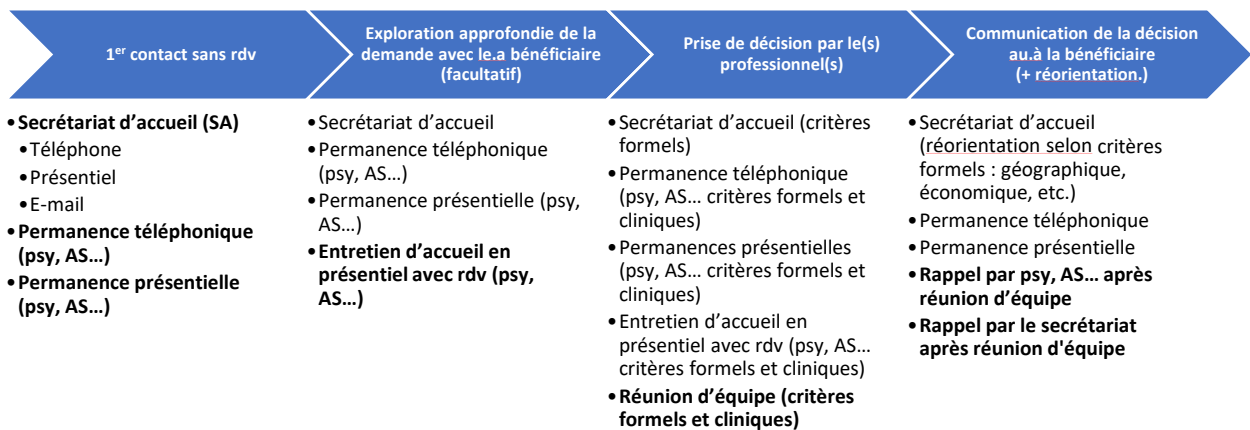
Le **traitement des nouvelles demandes** renvoie donc à une petite partie seulement de l'accueil au sens large. Les SSM disposent tous d'un dispositif et d'une procédure de traitement des nouvelles demandes. Chaque dispositif est singulier, mais tous semblent remplir 4 grandes fonctions : l'établissement 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 un.e secrétaire accueillant.e, l'accueil téléphonique ou présentiel sans rendez-vous lors d'une permanence d'accueil par un.e intervenant.e¹³ (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 intervenant, la réunion d'équipe et, enfin, l'entretien de rappel.

¹³ Nous utilisons le terme « intervenant » pour désigner toutes les fonctions professionnelles d'accompagnement et de soin (assistant.e social.e, psychologue, psychiatre, logopède, etc.), à l'exclusion de la fonction de secrétaire accueillant et d'éventuelles autres fonctions plus administratives.

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 intervenant 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 intervenant ou en équipe, étape 5 : un intervenant 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.**



3.2.1.2. État actuel du recueil de données au sujet de l'accueil

Concernant l'état actuel du recueil de données au sujet du traitement des nouvelles demandes : actuellement, **seuls certains SSM recueillent des données au sujet des nouvelles demandes qu'ils traitent.** En outre, ces données sont très hétérogènes pour plusieurs raisons : les procédures d'accueil n'étant pas les mêmes, les données ne prennent pas les mêmes formes ; il n'y a pas eu historiquement la création d'un module d'enregistrement des données d'accueil dans Champollion, mais plusieurs développements de modules *ad hoc* partant d'attentes formulées au cas par cas par certains services ; même lorsque plusieurs services utilisent un même module d'encodage informatique, les formulaires numériques laissent beaucoup de place aux champs libres ce qui produit des données fort hétérogènes.

Concernant l'encodage informatique des données d'accueil : tout reste à construire et à implémenter en raison de l'hétérogénéité des modules informatiques décrite ci-dessus. Concernant la structure d'un formulaire d'encodage des données d'accueil : ces trois dernières années ont été marquées par deux « recensements des nouvelles demandes » qui ont nécessité l'élaboration d'un formulaire de recensement commun aux SSM participant au

recensement. Ce travail fournit une base, déjà testée sur le terrain, pour l'élaboration d'un recueil de données commun au sujet de l'accueil.

3.2.1.3. *Demandes, demandeurs et prestations d'accueil, nouvelles demandes et nouveaux dossiers... : des unités d'observation distinctes*

Enfin, il importe de distinguer **trois unités d'observation distinctes** lorsqu'on cherche à documenter l'accueil des nouvelles demandes : **les demandes, les demandeurs et les prestations d'accueil**. Une même *demande* peut concerner un ou plusieurs *demandeurs*, selon qu'il s'agisse d'une demande de suivi individuel, de couple ou de famille par exemple. Une même *demande* peut donner lieu à une ou plusieurs *prestations d'accueil*, selon que l'orientation finale de la demande (nouveau suivi, réorientation vers un autre service, etc.) puisse être délivrée dès le premier contact, à la suite d'un entretien d'accueil supplémentaire, etc.

Attirons finalement l'attention du lecteur sur le fait qu'une « **nouvelle demande** » **ne doit pas être confondue avec un « nouveau dossier »** : sauf erreur, un même bénéficiaire aura toujours le même dossier nominatif dans un service donné. Contrairement aux SSM wallons par exemple, les SSM bruxellois n'ont pas l'habitude de « clôturer » un dossier (cliniquement, la clôture peut avoir du sens, mais il n'y a pas d'encodage informatique qui correspond à une clôture). En revanche, un même bénéficiaire peut être considéré comme porteur d'une nouvelle demande plusieurs fois dans sa vie, en particulier s'il demande un « nouveau nouveau suivi » après une longue interruption de suivi. La distinction entre une « reprise de suivi » et un « nouveau nouveau suivi » est actuellement laissée à la libre appréciation des services (même s'il semble qu'un délai supérieur à 1 an d'interruption de suivi semble assez partagé). Si le service propose/impose à un ancien bénéficiaire de passer une nouvelle fois par la procédure d'accueil pour bénéficier d'un « nouveau nouveau suivi », alors il s'agit bien, en pratique, d'une nouvelle demande. Mais la date d'ouverture du dossier restera, en principe, sa date de création initiale.

3.2.2. Revue des indicateurs (accueil)

3.2.2.1. *Nombre total de prestations d'accueil enregistrées, y compris les rendez-vous non honorés (ACC1)*

3.2.2.1.1. Remarques concernant la situation actuelle (prestation d'accueil)

Actuellement, les *prestations d'accueil* ne font généralement pas l'objet d'encodage, à l'exception d'entretiens d'accueil réalisés par les intervenants qui sont parfois encodés au même titre que d'autres formes de consultation.

3.2.2.1.2. Propositions (prestations d'accueil)

Étant donné la polysémie de la notion d'« accueil », nous proposons d'encoder dans le volet quantitatif du rapport d'activité *uniquement* les « **prestations qui soutiennent le traitement d'une nouvelle demande et qui impliquent une interaction avec le bénéficiaire** ». Une exception : lorsqu'un intervenant ou secrétaire accueillant *rappelle* un

demandeur à titre informatif pour lui communiquer l'orientation indiquée par l'équipe, cela ne doit pas faire l'objet d'un encodage comme prestation.

Concrètement, il peut s'agir des premiers contacts avec le bureau d'accueil (souvent par téléphone), des premiers contacts avec un intervenant en permanence d'accueil (téléphonique ou présentiel), des entretiens d'accueil avec un intervenant (généralement sur rendez-vous), etc.

Dès lors, 1 nouvelle demande peut donner lieu à 1 ou plusieurs prestations d'accueil, selon le dispositif d'accueil du service et la singularité de chaque demande.

3.2.2.2. *Nombre de prestations d'accueil réalisées, sans compter les rendez-vous non honorés (ACC1bis)*

Certaines prestations d'accueil peuvent impliquer une prise de rendez-vous, dès lors nous suggérons d'appliquer la distinction décrite dans la remarque transversale 3.1.1. (cf. [ci-dessus](#)).

3.2.2.3. *Répartition des prestations d'accueil par type d'activité (ACC2)*

3.2.2.3.1. Remarques ACC2

Pas de données disponibles actuellement (cf. [ci-dessus](#))

3.2.2.3.2. Propositions ACC2

Les catégories de « types de prestations d'accueil » proposées dans l'Annexe ne correspondent pas suffisamment aux pratiques d'accueil observées dans les services.

La catégorie de « testing » apparaît également dans le référentiel du soin (SO6) et apparaît davantage relever du soin que de l'accueil. Nous suggérons de supprimer ce terme du référentiel d'accueil pour éviter toute confusion (il est maintenu dans le référentiel de soin).

La notion d' « appui administratif » ne semble pas significative, d'autant que la catégorie « accueil secrétariat » existe également.

Nous suggérons dès lors de retenir les catégories et sous-catégories suivantes, qui tiennent compte de l'organisation concrète du traitement des nouvelles demandes dans les SSM (cf. [ci-dessus](#)).

ACC2	Répartition des prestations d'accueil réalisées par type d'activité			
	Accueil secrétariat (premier contact)			
	Accueil par un.e intervenant.e (écoute, conseil, orientation...)			
	Autre			
	Données manquantes			

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

3.2.2.4.1. Remarques ACC3

Pas de données disponibles actuellement (cf [ci-dessus](#)).

3.2.2.4.2. Propositions ACC3

La variable ACC3 pose une difficulté méthodologique car elle se rapporte à deux dimensions distinctes : le format (individuel, de groupe, etc.) et les modalités de contact (téléphonique, en face-à-face, etc.). Nous conseillons dans tous les cas de traiter ces deux dimensions via des variables distinctes.

Ensuite, parmi ces deux dimensions (format et modalité de contact), seul le format de contact apparaît intéressant. En effet, si une nouvelle demande peut *concerner* un individu, un couple, une famille etc. le *contact* avec le service est assez systématiquement individuel. L'information semble finalement présenter peu d'intérêt heuristique au regard du travail d'encodage qu'elle va nécessiter. Nous proposons dès lors de supprimer la dimension liée au format du contact.

La modalité de contact apparaît plus intéressante si elle permet de distinguer les deux principales modalités d'adresse des nouvelles demandes : le contact téléphonique et le contact en face-à-face.

Nous suggérons dès lors de supprimer l'indicateur ACC3 et d'y substituer un indicateur ACC3bis relatif aux modalités de contact, prenant la forme suivante :

ACC3bis	Répartition des prestation d'accueil par modalité de contact			
		Face-à-face		
		Téléphonique		
		Autre		
		Données manquantes		

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

3.2.2.5.1. Remarques ACC4

Pas de données disponibles pour les prestations d'accueil.

3.2.2.5.2. Propositions ACC4

Les prestations d'accueil, telles que nous les avons définies, donnent assez systématiquement lieu à des contacts *dans* le service lui-même (si un bénéficiaire peut prendre connaissance de l'existence du service dans un autre lieu, l'introduction et le traitement d'une nouvelle demande se font systématiquement dans le service lui-même).

Finalement, la valeur ajoutée d'une telle donnée, en termes de compréhension de l'activité des SSM et de leur évolution, apparaît modeste au regard des pratiques d'encodage qu'elles nécessiterait. Dès lors, nous suggérons de supprimer la variable ACC4 et ne pas la remplacer.

3.2.2.6. Répartition des prestations d'accueil par thématique (ACC5)

3.2.2.6.1. Remarques ACC5

Aucune donnée n'est actuellement encodée via le recueil de données administratives au sujet des thématiques, ni pour l'accueil ni pour d'autres types de prestations.

Nous percevons bien l'intérêt de documenter cette dimension, mais les difficultés d'appropriation sont importantes.

La Ligue, dans le cadre de son dernier recensement des nouvelles demandes (2022-2023), a tenté de documenter le type de contenu des demandes. Soulignons que le recensement portait bien sur les *nouvelles demandes* et non pas sur les *prestations* d'accueil. Dans ce cadre, plusieurs difficultés méthodologiques ont été rencontrées :

- a) Si le contenu thématique de la demande est recueilli dès le premier contact, l'information risque d'être assez pauvre : les premiers contacts téléphoniques ne sont que rarement l'occasion d'une étude attentive du contenu de la demande, en particulier lorsque la demande est réorientée en raison du manque de disponibilité du service. Dans la plupart des cas, dans le contexte des demandes en santé mentale, les demandeurs ne sont pas suffisamment à l'aise lors du premier contact téléphonique pour « déposer » leur demande et son contenu thématique, et les professionnels n'encouragent d'ailleurs pas les demandeurs à s'exprimer longuement sur le sujet pour éviter d'imposer le dévoilement d'une souffrance intime alors même que devra peut-être s'en suivre une réorientation vers un autre service.
- b) Si l'information est recueillie plus tard, par exemple à l'issue des premiers entretiens thérapeutiques, seules les nouvelles demandes qui donnent ultérieurement lieu à un nouveau suivi peuvent être documentées (soit

moins de la moitié des demandes). Par ailleurs, il est généralement plus difficile de recueillir une information fiable auprès de l'ensemble des intervenants qui peuvent être impliqués dans les nouveaux suivis, qu'auprès des secrétaires accueillants.

- c) Dans un cas comme dans l'autre, la manière de recueillir l'information aura une incidence importante sur les résultats observés. En particulier, si le professionnel interroge explicitement le demandeur au sujet des différentes catégories thématiques possibles, il aura tendance à documenter une plus grande diversité de thématiques que s'il se contente de déduire à l'issue de l'entretien les catégories spontanément abordées dans le cours naturel de l'entretien. Il n'est pas exclu que, dans le cas présent, ce « biais d'enquêteur » soit tellement important qu'il rende l'information inexploitable.

En tenant compte de ces difficultés (et malgré celles-ci), nous avons invité les SSM à documenter le contenu thématique des nouvelles demandes dans le cadre du recensement 2022-2023. Cette dimension était documentée en deux temps :

- a) Suite au premier contact, il était possible d'indiquer si le contenu de la demande relevait « strictement de la santé mentale » ou de « multiples domaines (santé, droits sociaux, logement, addictions etc.).

Contenu de la demande :

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

Une analyse préliminaire indique que 67% des 3266 nouvelles demandes recensées ont été documentées à ce sujet (3% « inconnu/à clarifier » et 35% de non-réponses)

- b) Suite au début d'un nouveau suivi, il était possible d'indiquer si le patient manifestait des difficultés ou besoin dans un série de domaines (la définition des domaines s'est appuyée sur l'échelle *Camberwell Assessment of Need* (CAN), simplifiée et réduite à 10 items.

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 :

Une analyse préliminaire indique que seuls 47% des nouvelles demandes auxquelles un nouveau suivi a été proposé ont été documentées à ce sujet (moins de 10% de l'ensemble des nouvelles demandes).

Les taux de participation propres à ces indicateurs sont modérés. L'exploitation de ces résultats devra en outre s'appuyer sur des données qualitatives (entretiens ethnométhodologiques) pour tenter d'estimer l'importance du « biais d'enquêteur », et pourraient conclure au caractère inexploitable de ces données.

3.2.2.6.2. Propositions ACC5

Les professionnels réunis au sein du GT se sont montrés sensibles au recueil du contenu thématique : ils travaillent quotidiennement avec des bénéficiaires présentant des situations complexes et multidimensionnelles, et ils souhaitent visibiliser cet aspect de l'activité des SSM.

Cependant, il n'est pas envisageable pour eux de recueillir quotidiennement des données relatives au contenu thématique *de chaque prestation*. Les autres indicateurs de prestation, qui portent sur le lieu, le format, les modalités de contact etc. n'impliquent pas un effort réflexif des professionnels car il s'agit de dimensions de l'activité qui sont simples, évidentes, et « naturellement » disponibles à la description. Ce n'est pas le cas du contenu thématique, qui demande au professionnel de s'approprier la liste des catégories thématiques et de reconsidérer son expérience clinique par ce prisme. Ce « simple recueil d'information » s'immisce ainsi dans la lecture clinique de l'intervenant. Cela peut paraître anodin, mais s'il doit être réalisé à l'issue de chaque prestation, cet exercice peut avoir un réel impact sur l'orientation et la disponibilité d'esprit des professionnels.

Pour cette raison, et conformément au principe de parcimonie dans le recueil de données (cf. [ci-dessus](#)), nous suggérons de ne pas imposer aux professionnels un recueil de données thématiques au sujet de chaque prestation.

Une alternative intéressante serait de documenter le contenu thématique, non pas de chaque prestation, mais une seule fois pour chaque nouvelle demande. Mais attention, dans un cas comme dans l'autre, les difficultés méthodologiques que nous avons pu mettre en évidence dans le cadre du recensement 2022-2023 (cf. [ci-dessus](#)) risquent d'être importantes, et peut-être trop importantes que pour permettre d'exploiter ces données.

Dans ce contexte, nous suggérons de mener des investigations qualitatives supplémentaires avant d'imposer un recueil de données thématiques. Si cette piste ne devait pas être retenue, nous suggérons de documenter le contenu thématique au niveau des nouvelles demandes (et non des prestations d'accueil) via un indicateur binaire permettant de distinguer les nouvelles demandes « unidimensionnelles » des nouvelles demandes qui apparaissent d'emblée « multidimensionnelles ». Les résultats devront être interprétés avec prudence.

ACC5	Répartition des prestations des nouvelles demandes selon le contenu thématique de la demande				
		Strictement santé mentale			
		Multiplés domaines (santé, droits sociaux, logement, addictions, etc.)			
		Données manquantes			

3.2.2.7. Répartition des prestations d'accueil par type de suite (ACC6)

3.2.2.7.1. Remarques ACC6

Pas de données disponibles via le recueil de données administratives.

Cette question était en revanche au cœur des deux derniers recensements des nouvelles demandes menés par la Ligue en 2020-2021 et 2022-2023.

Ces recensements ont pris pour objet, non pas les prestations d'accueil, mais bien les nouvelles demandes et leur devenir. L'objectif étant d'estimer le degré d'accessibilité et le degré de saturation des SSM, nous nous sommes particulièrement penchés sur le « devenir ultime » des nouvelles demandes via la documentation de chaque étape-clé du processus d'accueil : premier contact, éventuel entretien d'accueil, éventuel nouveau suivi etc.

Les principaux indicateurs issus de ces recensements sont :

- a) Le « taux de saturation » (part des nouvelles demandes réorientées pour motif de saturation)
- b) Le « taux d'acceptation » (part des nouvelles demandes acceptées pour débiter un nouveau suivi).

Combinés à une prise en compte de listes d'attente, ces indicateurs permettent d'objectiver le degré de saturation du secteur, moyennant certaines imprécisions indiquées dans l'étude (notamment la difficulté pratique pour les

professionnels d'enregistrer les nouvelles demandes qui sont immédiatement réorientées, et donc qui « ne prêtent pas à conséquence » pratiquement pour l'organisation du service).¹⁴

3.2.2.7.2. Propositions ACC6

Les SSM sont particulièrement sensibles à la question des suites données aux nouvelles demandes dans un contexte de saturation du secteur, une saturation dont ils font quotidiennement l'expérience, vis-à-vis de laquelle ils cherchent à s'adapter et attendent également des réponses politiques structurelles. Leur participation aux recensements 2020-2021 et 2022-2023, et aux recherches qualitatives menées par la Ligue au sujet de l'accueil et de l'accessibilité des SSM (2021-2023), témoignent de cet intérêt.

En appui sur ces études et sur le travail du GT, nous avons quelques remarques à formuler pour une meilleure objectivation des suites données aux nouvelles demandes.

- a) L'indicateur relatif aux « suites données » devrait porter sur les *nouvelles demandes* et non sur chaque prestation d'accueil, sinon il risque de varier selon la manière dont le service organise son accueil (par exemple, un service qui propose souvent des entretiens d'accueil apparaîtra avoir une part de prestations d'accueil réorientées ou mis sur liste d'attente plus faible qu'un service qui ne propose pas d'entretiens d'accueil, toutes choses égales par ailleurs).
- b) Les catégories proposées dans l'Annexe ne sont pas toujours adaptées à l'organisation concrète de l'accueil par les SSM. Notamment, « 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.

Nous proposons dès lors de recomposer cet indicateur de la manière suivante :

ACC6	Répartition des nouvelle demandes par suites utlimes (dernière réponse enregistrée au 31 décembre)					
	Nouveau suivi proposé					
	Sur liste d'attente					
	Demande réorientée					
		En raison du manque de disponibilité (plus de place)				
		Pour un autre motif (géographique, économique, cliniques, pratique...)				
	Demande dont le processus d'accueil est en cours ou sans suite					
	Autres					
	Données manquantes					

¹⁴ Réf

3.2.2.8. *Nombre total de prestations de prévention individuelle réalisées simultanément à une prestation d'accueil*

3.2.2.8.1. Remarques (prévention individuelle)

Aucune donnée n'est actuellement recueillie à ce sujet.

3.2.2.8.2. Propositions (prévention individuelle)

À la lecture de la Note de l'Inter-fédération de l'Ambulatoire (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. On imagine aisément des exemples liés à la pratique en médecine générale ou en Centre de Planning Familial.

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 il peut éviter des complications ultérieures, une rechute, etc. (cf. [ci-dessous](#)).

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 partis pris définitionnels.

Dans ce contexte, nous proposons de supprimer cet indicateur et 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 ».

3.2.2.9. *Veuillez indiquer le nombre de bénéficiaires présents sur votre liste d'attente au 31 décembre (ACC7)*

3.2.2.9.1. Remarques ACC7

Selon la manière dont ils organisent l'accueil des nouvelles demandes, les SSM peuvent inscrire des demandeurs sur liste d'attente, ne pas utiliser de liste d'attente, ou utiliser une liste d'attente par intermittence (suspendre les inscriptions sur liste d'attente lorsque le délai d'attente devient trop long).

Nous attirons dès lors l'attention sur le fait que, considéré isolément, le nombre de bénéficiaires inscrits sur liste d'attente est un indicateur qui peut refléter aussi bien un état de déséquilibre entre offre et demande, que les modalités organisationnelles mise en place pour faire face à une situation durable de saturation du secteur.

Pour cette raison, dans la plupart des cas, cette statistique ne devrait pas être lue isolément comme un indicateur du degré de saturation du service.

En ce qui concerne la disponibilité actuelle de cette donnée : celle-ci n'est pas aujourd'hui disponible via les logiciels d'encodage. A notre connaissance, les services qui tiennent une liste d'attente utilisent une base de données distincte, numérique ou papier.

Ce sont rarement les « demandeurs » qui font l'objet d'un placement sur liste d'attente, mais plutôt les *demandes*.

3.2.2.9.2. Proposition ACC7

L'indicateur ACC6 tel que nous proposons de le reformuler, renseigne déjà le nombre de *nouvelles demandes* sur liste d'attente au 31 décembre. Nous proposons dès lors de supprimer l'indicateur ACC7 qui ferait double emploi.

3.3. « Indicateurs d'activités : Accueil 24/7j »

Ne concerne pas le secteur des SSM.

3.4. « Indicateurs d'activités : Accompagnement individuel »

3.4.1. Remarques générales (accompagnement individuel)

3.4.1.1. *Éléments de définition :*

Quelles activités doivent être classées dans le référentiel d'« accompagnement » ? Au vu des catégories d'activité déclinées dans le référentiel du « soin », nous proposons de désigner par « accompagnement » l'ensemble du travail d'accompagnement *social* réalisé en SSM.

Si le travail social en santé mentale revête presque systématiquement une dimension « psy » – par les effets psychothérapeutiques que peut avoir la relation d'aide mais aussi par les compétences qu'il requiert pour manier la relation d'aide auprès de publics présentant des souffrances psychiques et/ou des troubles psychiatriques – nous le distinguons des suivis psychothérapeutiques proprement dits par le fait qu'il vise principalement à agir sur le monde (logement, droits sociaux, endettement, citoyenneté, etc.) et non directement sur le sujet. Dans ce sens, les activités d'accompagnement social se distinguent des autres types de suivi en SSM : psychiatriques, psychologiques, logopédiques etc.

Soulignons que la distinction entre l'accompagnement (social) et le soin (psychothérapeutique), que nous proposons ci-dessus, ne vaut pas dans tous les contextes. Parfois, l'imbrication des dimensions sociale et psychothérapeutique est telle qu'il n'est pas possible d'opérer cette distinction. C'est le cas en particulier pour des SSM qui reçoivent principalement un public en situation d'exil, où le suivi psychothérapeutique est indissociable

de l'accompagnement du bénéficiaire sur le plan socio-administratif et matériel (droit de séjour, hébergement, alimentation, etc.). Dans ce contexte, la distinction entre les fonctions « psychologue » et « assistant social » peut ne pas être opérante, tout comme la distinction entre les prestations d'accompagnement et de soin. C'est le cas aussi pour la plupart des SSM qui mènent, régulièrement ou de manière plus exceptionnelle, des suivis en « co-thérapie » (plusieurs intervenants présents dans le lors d'une rencontre avec le bénéficiaire), dans le cadre desquels l'assistant.e social.e et le psychologue ou psychiatre, chacun dans sa fonction, mènent ensemble un suivi pluridisciplinaire. En principe, ce type de prestation ne devrait pas s'inscrire strictement dans un seul référentiel de l'Annexe. Cependant, pour éviter d'alourdir l'Annexe avec un référentiel supplémentaire, les SSM proposent d'encoder ce type de prestations comme relevant du « Soin ».

Pour éviter la création d'un référentiel propre aux activités « hybrides », les SSM proposent de les considérer systématiquement comme relevant du « Soin » (psychologique ou psychiatrique, le cas échéant).

Notons finalement que les activités d'accompagnement social sont, la plupart du temps, prodiguées par des assistant.e.s socia.les.ux, mais ce n'est pas la fonction du professionnel qui définit l'activité. Ainsi, lorsqu'un.e secrétaire accueillant.e introduit un dossier de réquisitoire au CPAS pour un bénéficiaire du SSM, il s'agit bien d'une activité de type « accompagnement ». Inversement, certain.e.s assistant.e.s social.e.s formé.e.s à la psychothérapie réalisent des psychothérapies et pas uniquement des accompagnements sociaux.

3.4.1.2. *Les données d' « accompagnement individuel » actuellement disponibles*

Actuellement, **les dispositifs et pratiques d'encodage ne permettent pas de distinguer les différents référentiels d'activité repris dans l'Annexe**, notamment l' « accompagnement » et le « soin ». Pour tenter de s'en approcher, auprès des services qui utilisent Champollion, deux variables peuvent être mobilisées : le « type » de prestation et la « fonction » du professionnel principalement impliqué. Mais aucune n'apparaît aujourd'hui suffisamment valide.

Dans Champollion, la variable relative au « Type » de suivi doit en principe permettre de distinguer 6 types de prestation : DA (Démarche et accompagnement), EN (Entretien), (SUP) Supervision, (SV) Suivi, (TH) Thérapie, (M) Médication. Mais en pratique, les intervenants interprètent différemment les définitions rattachées à chaque code-type de prestation : certains intervenants n'indiquent dans « DA (Démarche et accompagnement) » que les démarches administratives réalisées en l'absence du bénéficiaire, considérant que le travail social en présence du bénéficiaire relève d'un « SV (Suivi) », d'autres n'indiquent que le travail réalisé en présence du bénéficiaire et l'attribuent au type « DA (Démarche et accompagnement) », certains services ont également créé des codes supplémentaires dont la signification reste floue. L'encodage des « types » de prestation est réalisé par chaque intervenant à l'issue de chaque prestation, via des codes dont l'interprétation n'est pas stabilisée, ni entre les services ni entre les intervenants. Dès lors nous ne pouvons pas utiliser ces données pour compléter le référentiel « Accompagnement individuel, de couple et de famille » de l'Annexe.

La variable « Fonction du thérapeute » principalement impliqué dans la prestation présente moins de biais d'encodage : chaque intervenant dispose de sa propre feuille d'encodage des prestations et, dans Champollion, une fonction professionnelle est attribuée à chaque intervenant enregistré : assistant social, psychologue,

psychiatre, etc. Cela permet d'attribuer à chaque prestation la fonction professionnelle de l'intervenant, mais pas le type de suivi (déduire le type de suivi à partir de la fonction de l'intervenant supposerait qu'un assistant social fasse toujours et uniquement des prestations d'accompagnement, et que toutes les prestations d'accompagnement sont réalisées par des assistants sociaux, ce qui n'est pas le cas). En outre, les traitements statistiques réalisés en 2023 sur les données 2022 ont été les mêmes que l'année précédente, ce qui ne permet pas d'isoler les formats individuels, couple et famille des formats de groupe pour une sous-population de prestations (celles réalisées par des assistants sociaux par exemple). Ainsi, les données du référentiel « Accompagnement collectif et/ou communautaire » ne peuvent être distinguées actuellement des données d'accompagnement individuel, de couple et de famille.

Malgré ces imprécisions importantes, pour le Rapport d'activité harmonisé 2022, nous avons suggéré aux SSM d'utiliser la variable « fonction du thérapeute » pour répartir leurs prestations dans les différents référentiels. Cela pour éviter qu'aucune donnée quantitative, même approximative, ne soit communiquées relativement aux activités réalisées en 2022. Nous attirons cependant lors l'attention sur la fragilité de ces données et **nous ne recommandons pas de pérenniser ce type de pratique.**

Enfin, indépendamment du fait que le découpage par référentiels d'activités n'est pas actuellement opérant dans le recueil de données, **d'autres aspects du recueil posent des difficultés méthodologiques qui biaisent le comptage des prestations d'accompagnement** : les pratiques d'encodage des prestations de couple et de famille, et des co-thérapies, sont hétérogènes ; et les modalités de prise en compte des prestations réalisées pour un bénéficiaire mais en l'absence de celui-ci (les démarches socio-administratives notamment) restent à clarifier.

3.4.1.3. Proposition transversale « Accompagnement social (individuel, de couple et/ou de famille) »

Pour inclure explicitement des accompagnements de couple et de famille parmi les prestations individuelles, et au vu des éléments de définitions posés ci-dessus, nous suggérons de **renommer le référentiel d'accompagnement « Accompagnement social (individuel, de couple et/ou de famille) »** pour davantage de clarté.

3.4.1.4. Proposition transversale « Prestations en l'absence du bénéficiaire »

Certaines prestations sont réalisées pour le bénéficiaire, en son absence : rédaction de rapport, démarches administratives, etc. Les SSM se montrent soucieux de visibiliser ce travail, en particulier les démarches administratives relatives aux accompagnements sociaux. Mais dans le même temps, il faut d'une part, éviter une inflation de l'encodage (exiger des assistants sociaux qu'ils encodent la moindre démarche bureaucratiserait excessivement leur activité, cf. principe de parcimonie [ci-dessus](#)), et d'autre part, veiller à produire des données qui aient du sens : si chaque travailleur discrétise et discrimine les démarches « à encoder » d'une manière singulière, les chiffres ne représenteront rien d'autre que l'arbitraire des pratiques d'encodage. Or, si une consultation semble « naturellement » constituer une unité de prestation pour les professionnels qui encodent leur activité, les choses sont beaucoup moins claires lorsqu'on cherche à rendre compte d'une multiplicité d'actes

socio-administratifs : rédiger un email, compléter un formulaire, contacter tel service partenaire, clôturer un dossier, etc. (cf. [ci-dessus](#)).

Plusieurs pistes ont été envisagées par le groupe de travail pour trouver un point d'équilibre entre ces pôles :

- N'encoder que les prestations réalisées en présence du bénéficiaire (mais cela conduit à reléguer les démarches sociales administratives aux seuls indicateurs qualitatifs, ce qui participerait au manque de visibilité de ces pratiques).
- Encoder également les démarches administratives (mais homogénéiser les critères de discrétisation et discrimination apparaît être une tâche colossale au regard des bénéficiaires à en tirer, le cas actuel des codes des « types » de prestation et leur usage différencié par les thérapeutes laisse en effet présager la difficulté de cet exercice (cf. [ci-dessus](#)).
- N'encoder que les prestations en présence du bénéficiaire et en déduire, par un coefficient multiplicateur théorique, une estimation du nombre de démarches administratives (mais cela produirait des données artificielles, selon la robustesse du modèle théorique utilisé)...

Finalement, la « moins pire » des pistes envisagées consisterait à **n'encoder que les prestations en présence du bénéficiaire**. Le travail socio-administratif serait décrit dans le volet qualitatif du rapport d'activité. Cela concerne aussi bien les démarches sociales dans le cadre d'accompagnements sociaux, que la rédaction de rapports dans le cadre d'accompagnements ou de soins.

Notons que les catégories « Suivi juridique », « Médiation de dettes » et « Aide à la vie journalière » semblent coller au découpage actuel du secteur ambulatoire mais cette distinction n'a pas spécialement de sens au sein du secteur des SSM en particulier. Nous proposons dès lors de supprimer ces catégories si une version « SSM » du rapport d'activité est proposée (cf. [ci-dessus](#)).

Ainsi, seuls deux types d'activités restent distingués : les consultations sociales (en présence du bénéficiaire) et les coordinations autour du bénéficiaire (en présence de professionnels partenaires et éventuellement du bénéficiaire).

ACI2	Répartition des prestations d'accompagnement social par type d'activité								
	Consultations sociales (en présence du bénéficiaire)								
	Coordination autour du bénéficiaire (en présence de professionnels partenaires et éventuellement du bénéficiaire)								
	Autre								
	Données manquantes								

3.4.2. Revue des indicateurs

3.4.2.1. Nombre total de prestations d'accompagnement social (ACI1)

Comme pour les autres types de prestations pouvant impliquer une prise de rendez-vous, nous suggérons de doubler ACI1 avec ACIbis pour tenir compte des rendez-vous non-honorés (cf. [ci-dessus](#))

3.4.2.2. Répartition des prestations d'accompagnement social par type d'activité (ACI2)

Cf. [ci-dessus](#)

3.4.2.3. Répartition des prestations d'accompagnement social par thématique (ACI3)

Comme suggéré précédemment (cf. [ci-dessus](#)), nous invitons à recueillir le contenu thématique une fois par nouvelle demande, et non de manière répétée à chaque prestation. L'indicateur est dès lors présent dans le module « Accueil » qui à trait aux nouvelles demandes et à leur traitement.

3.4.2.4. Répartition des prestations d'accompagnement social par lieu de contact (ACI4)

Certaines des catégories de lieu proposées dans l'Annexe semblent poser des difficultés de compréhension et d'appropriation :

- 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.

Le découpage le plus pertinent et le plus univoque semble être : « dans » ou « à l'extérieur » du service. De notre point de vue, ce découpage est suffisant et permettra un encodage simple et fiable, respectant au plus près le principe de parcimonie (cf. [ci-dessus](#)).

Si toutefois il s'avérait nécessaire de recueillir quotidiennement des informations plus précises, nous proposerions le sous-découpage suivant :

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.)

3.4.2.5. *Nombre total de prestations de prévention individuelle réalisées simultanément à une prestation d'accompagnement social (AC15)*

Cf. [ci-dessus](#)

3.5. « Indicateurs d'activités : Accompagnement collectif et/ou communautaire »

3.5.1. Remarques générales : pratiques d'encodage actuelles des activités communautaires

Actuellement, **le travail collectif et communautaire en SSM est documenté qualitativement, mais reste très peu quantifié** par les SSM. Certains SSM utilisant Champollion encodent toutes ou une partie seulement de leurs activités collectives et communautaire comme les autres prestations en indiquant le format « groupe », soit au nom du bénéficiaire si l'activité nécessite une inscription individuelle, soit au nom d'un dossier non personnel créé pour l'activité dans son ensemble. Il existe un module « activités » dans Champollion mais très peu de services l'utilisent. La plupart des SSM qui réalisent des activités communautaires ou collectives n'encodent pas totalement ou pas du tout ce type d'activité.

Les SSM s'accordent à reconnaître l'importance croissante du travail communautaire dans leurs activités, et ils souhaitent pouvoir en rendre compte. La « Plateforme Santé Mentale Communautaire » (hébergée par le SSM Le Méridien et rassemblant une vingtaine d'ASBL dont une majorité de SSM bruxellois), a pris au sérieux la question de la description et de l'évaluation qualitative des activités communautaires en santé mentale, et élabore actuellement un outil qui permettra de soutenir la description et l'évaluation de ce type d'activité. En revanche, la production d'indicateurs quantitatifs apparaît plus délicate, aussi bien aux yeux de la Plateforme Santé Mentale Communautaire que du point de vue de notre groupe de travail. Les services expriment en effet la crainte que les chiffres n'écrasent la diversité et la singularité des types d'activité mis en place.

3.5.2. Accompagnement communautaire et prévention collective : des frontières poreuses (éléments de définition)

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 ni claire ni 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 » (population exprimant un besoin) d'une part, et selon que les professionnels de la santé attribuent à l'utilisateur 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 des actions 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 1 : Quatre définitions de la prévention (adapté de Jamouille & La Valle, 2019)

		Médecin	
		Pas de maladie	Maladie
Patiente	Se sent bien	Prévention I Action menée pour éviter ou supprimer la cause d'un problème de santé d'un-e patient-e avant son émergence	Prévention II Action menée pour prévenir <ul style="list-style-type: none"> à un stade précoce le développement d'un problème de santé d'un-e patient-e en réduisant sa durée ou sa progression ; le report des soins et/ou le non-traitement
	Se sent mal	Prévention IV Action menée pour <ul style="list-style-type: none"> identifier les risques de surmédicalisation; protéger le-la patient-e d'interventions médicales invasives; lui proposer des procédures de soins éthiquement acceptables 	Prévention III 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).

Tenant compte de ces difficultés, nous proposons de **restreindre la définition des activités préventives à la « Prévention I »**, c'est-à-dire aux activités de prévention visant le « grand public », c'est-à-dire un public ne présentant pas de besoins particuliers en matière de santé mentale et ne formulant pas une demande d'aide ou de soin. Toutes les autres activités collectives et communautaires qui revêtent en partie une dimension préventive seront catégorisées comme « Accompagnement collectif et/ou communautaire ».

3.5.3. Revue des indicateurs

3.5.3.1. *Nombre total de prestations d'accompagnement collectif et/ou communautaire (ACOL1)*

Nous verrons ci-dessous que les types d'activité collectives et communautaires recouvrent des réalités très variables, à la fois en termes de temps et de personnel investis par le service, de nombre de bénéficiaires impliqués, de forme d'activité... De sorte qu'il apparaît peu pertinent de compter cet ensemble hétérogène sous un même intitulé. Nous suggérons dès lors de supprimer cet indicateur global et de renvoyer le lecteur à la répartition par type d'activité.

3.5.3.2. *Répartition des prestations d'accompagnement collectif et/ou communautaire par moyen (type d'activité) (ACOL2)*

Un travail important a été réalisé par le GT, en concertation avec des membres de la Plateforme Santé Mentale Communautaire et notre chargée d'accompagnement de projets Eve Englebert, 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 hors consultation recensées par la Ligue dans le cadre d'un cadastre des activités des SSM. Plus de 40 types d'activités distinctes ont ainsi été recensés.¹⁵ Nous avons ensuite restreint cette liste aux seules activités collectives et communautaire, et identifié différentes dimensions qui apparaissent cruciales pour différencier ces activités entre elles. Ainsi, nous avons construit une catégorisation de manière inductive. Ce travail a abouti aux 3 grande catégories suivantes : les groupes de parole et groupes thérapeutiques ; les activités de santé mentale communautaire : ateliers créatifs, de loisir et de vivre ensemble ; les permanences dans des lieux d'accueil bas seuil.

Pour chacun de ces types d'activité, nous précisons ici la manière de discrétiser (compter 1 prestation) et discriminer (définir les activités concernées) les prestations.

¹⁵ À titre informatif, voici la liste des activités hors consultation des SSM qui ont été recensées et analysées : Lieu de rencontre enfants-parents (maisons vertes) ; Lieu de rencontre enfants-parents (interne au SSM) ; Observation dans les crèches ; Intervention sur la qualité des liens enfant-parent ; Atelier Dynamique Naturel de la Parole (ADNP) ; Stages vacances d'été ; Atelier « Cuisine » ; Atelier « Imagez-moi » ; Lieu de lien ; Baladez-nous ; Sortie culturelle ; Park Poetik ; Chorale kaféOlé ; Point d'écoute jeunes ; activités socio-culturelles de groupe ; groupes thérapeutiques pour enfants présentant des difficultés de socialisation ; groupes de parole pour des enfants dont les parents sont divorcés ou séparés ; Groupe de parole : au fil des saisons ; Groupe de psychodrame pour les Adultes ; Expertises psycho-juridiques ; Travaux avec les auteurs d'infractions à caractère sexuel ; Prévention dans les crèches et lieux de la petite enfance ; Thérapie de courte durée ; Permanence téléphonique d'accueil ; Groupe de parole ; Atelier ciné club ; Table de conversation ; Accompagnement au sein du service et à l'extérieur ; Atelier comment ça va dans votre tête ; Aide et information ; Maison ouverte ; Activité de prévention ; Balade dans le quartier ; Groupe Modou (stimuler langage dans les écoles maternelles, prévention, logo et th dvpt) ; Atelier potager ; Atelier écriture adultes/enfants ; Vivra vera (activités de loisir en groupe) ; Groupe de parole à l'extérieur ; Ateliers artistiques (théâtre, écriture...) ; Stage d'été pour adultes ; Atelier jeux de société ; Ateliers créatifs création d'outils multimédia pour ados/MENA ; Groupe journal : réaliser un journal ; Ateliers créatifs pour femmes victimes de violences sexuelles.

- a) **Les groupes de paroles et groupes thérapeutiques** (1 prestation = 1 séance, quelle que soit la durée ou le nombre de intervenants 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. quelle que soit la forme de communication.

- b) **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 intervenants 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.

- c) **Les permanences d'accueil bas seuil** (1 prestation = environ ½ journée de permanence à laquelle le service participe, quel que soit le nombre de intervenants 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. [ci-dessus](#)).

Nous suggérons dès d'adapter l'indicateur ACOL2 comme suit :

ACOL2	Répartition des prestations d'accompagnement collectif et/ou communautaire par moyen (type d'activité)				
		Groupes de parole et groupes thérapeutiques			
		Activités de santé mentale communautaire : ateliers créatifs, de loisir et de vivre ensemble			
		Permanences d'accueil bas seuil			
		Autre			
		Données manquantes			

3.5.3.3. Répartition des prestations d'accompagnement collectif et/ou communautaire par lieu d'intervention (ACOL3)

Outre les remarques générales formulées précédemment au sujet de la liste des lieux de prestation, si l'on veut aller plus loin que la distinction binaire « dans/en dehors du SSM », nous suggérons d'adapter les catégories de lieux à deux lieux d'accueil bas seuil typiques dans lesquels les SSM réalisent régulièrement des permanences : les Lieux de lien et les Maisons Vertes. Les autres sous-catégories de lieu n'apparaissent pas pertinentes pour ce type d'activité.

ACOL3	Répartition des prestations d'accompagnement collectif et/ou communautaire par lieu					
		Dans le service				
		A l'extérieur du service				
			Lieu de lien			
			Maison verte			
			Dans d'autres institutions partenaires			
		Autre				
		Données manquantes				

3.5.3.4. Répartition des prestations d'accompagnement collectif et/ou communautaire par thématique (ACOL4)

Comme suggéré précédemment (cf. ci-dessus), nous invitons à recueillir le contenu thématique une fois par nouvelle demande, et non de manière répétée à chaque prestation. L'indicateur est dès lors présent dans le module « Accueil » qui à trait aux nouvelles demandes et à leur traitement.

3.5.3.5. Nombre total de [participations] à des activités d'accompagnement collectif et/ou communautaire par moyen (type d'activité) (ACOL5)

Une part importante des activités collectives et communautaires sont organisées sans inscription individuelle des bénéficiaires. C'est une composante essentielle de l'organisation de ces activités, constitutive de leur caractère « bas seuil » (la prise de rendez-vous pouvant faire obstacle à l'accès au dispositif communautaire pour certains publics). Par conséquent, il n'est pas possible de compter le nombre de bénéficiaires uniques, mais uniquement le nombre de *participations* (1 même bénéficiaire qui participe à 3 séances d'un atelier communautaire sera compté comme 3 participations).

Pour éviter toute confusion, nous suggérons de remplacer le terme « bénéficiaire » par le terme « participation » dans l'énoncé.

3.6. « Indicateurs d'activités : Soin »

3.6.1. Remarque générale

Les remarques formulées au sujet des accompagnements social sont également valables en ce qui concerne les prestations de soin : les co-thérapies, et les thérapies de couple et de famille, compliquent le comptage des prestations, et les données actuellement disponibles s'appuient sur la répartition des prestations par fonction de l'intervenant impliqué, ce qui ne correspond pas au découpage des référentiels de l'Annexe (cf. [ci-dessus](#)).

3.6.2. Revue des indicateurs

3.6.2.1. *Nombre total de prestations de soin (SO1)*

Cf. ci-dessus. Rappelons que SO1bis complète l'indicateur SO1 pour tenir compte des rendez-vous non honorés.

3.6.2.2. *Répartition des prestations de médecine générale par type d'activité (SO3)*

Ne concerne pas les SSM.

3.6.2.3. *Répartition des interventions médicales spécifiques par type d'activité (SO4)*

Seule la catégorie « Psychiatrie/psychothérapeutique » concerne les SSM. Peuvent y être encodées les prestations des médecins psychiatres et pédopsychiatres (qui sont les seuls à réaliser des interventions « médicales »).

3.6.2.4. *Répartition des actes paramédicaux par type d'activité (SO5)*

Seules les catégories « Logopédie » et « Psychomotricité » concernent les SSM. Nous suggérons de renommer cette dernière catégorie pour y inclure les thérapies du développement.

3.6.2.5. *Répartition des consultations psychologiques par type d'activité (SO6)*

Au fil des échanges au sein du GT, il est apparu que les distinctions entre « Entretien ponctuel », « Suivi », « Thérapie », « Urgence, crise » ne sont pas unanimement partagées par les intervenants. C'est également ce que reflètent les difficultés rencontrées actuellement avec l'encodage des différents types de prestations dans Champollion (cf. ci-dessus). Nous suggérons dès lors de réduire au minimum les sous-catégories de consultations psychologiques et ne retenir que trois catégories dont la distinction semble unanimement partagée : les suivis psychologiques (qui englobent tout type d'entretien « psy » ou psychothérapeutique), le testing et les coordinations autour du bénéficiaire. Cette dernière catégorie, présente dans le module accompagnement, est également pertinente pour le soin.

La rédaction de rapports et autre tâches réalisées en l'absence du bénéficiaire seront décrites dans le volet qualitatif de rapport, mais ne feront pas l'objet d'un comptage (cf. ci-dessus).

SO6	Répartition des consultations psychologiques par type d'activité								
	Suivi psychologique								
	Testing								
	Coordination autour du bénéficiaire (en présence de professionnels partenaires et éventuellement du bénéficiaire)								
	Autres								
	Donnée manquantes								

3.6.2.6. *Nombre total de prestations de prévention individuelle réalisées simultanément à une prestation de soin*

Cf. ci-dessus.

3.7. « Indicateurs d'activités : Prévention – Réduction des risques »

Si la « Prévention – Réduction des risques » désigne des activités visant la mise à disposition de matériel d'injection, de préservatifs et autres dispositifs sanitaires du même ordre, les SSM ne sont pas concernés par ce type d'activité.

3.8. « Indicateurs d'activités : Prévention communautaire et/ou collective » (« prévention I »)

La frontière entre « accompagnement communautaire » et « prévention communautaire » étant poreuses (cf. [ci-dessus](#)), nous avons proposé de limiter la notion de prévention à la « Prévention I » soit aux seules activités destinées au « grand public » (des personnes qui n'expriment pas une demande d'aide ou de soin en santé mentale, et qui ne présentent pas de besoins spécifiques). Concrètement, il peut s'agir de séances de sensibilisation dans les écoles, de campagnes d'affichage dans l'espace public, de campagnes d'information via les réseaux sociaux, organisation/participation à des conférences ou débats accessibles au grand public, etc. Actuellement, il s'agit essentiellement d'activités ayant une fonction de *formation/information/sensibilisation* du public, mais si les SSM devaient à l'avenir mener des activités pour agir sur les *déterminants sociaux de la santé mentale* auprès de la population générale, ce type d'activité entrerait également dans cette catégorie. Pour éviter toute confusion, nous parlerons à ce sujet de « Prévention I » (cf. ci-dessus).

Notons que lorsqu'une activité de formation/information/sensibilisation vise exclusivement des professionnels partenaires (par exemple des formations/sensibilisations de professionnels de première ligne), nous l'excluons du référentiel de prévention et la considérons dans le référentiel d'appui aux professionnels. En revanche, lorsqu'une activité de formation/information/sensibilisation s'adresse potentiellement à un public plus large (une conférence/débat accessible à toutes et tous), nous l'inscrivons dans le présent module.

3.8.1. Remarques générales

Actuellement, peu de services sont engagés dans des activités de « prévention I ». Et lorsqu'ils le sont, c'est le plus souvent ponctuellement. Autrement dit, les activités de « prévention I » prennent rarement pour les SSM la forme d'activités répétées. À notre connaissance, elles ne font pas actuellement l'objet d'un encodage systématique et homogène, pour les mêmes raisons que celles identifiées dans le cas des activités collectives et communautaires.

3.8.2. Revue des indicateurs

Les activités de « prévention I » sont réalisées par les SSM de manière plutôt ponctuelle. En l'absence de toute routine, il y a de fortes chances que les intervenants oublient parfois d'encoder ce type d'activité. Par ailleurs, des types d'activité fort différents risquent de mener à des méthodes de comptage qui auraient peu de sens : que compter comme 1 prestation de « prévention I » ? 1 séance d'un cycle de formation-sensibilisation dans une école ? 1 campagne d'affichage qui dure toute l'année ? Enfin, le dénombrement du nombre de bénéficiaire (PRC5) apparaît impossible dès lors qu'une campagne média ou d'affichage dans l'espace public vise un public non circonscrit.

Pour des activités peu fréquentes et fort différentes les unes des autres, une analyse *quantitative* apparaît peu pertinente (la perte d'information qui résulte de la « mise en nombre » ne nous apparaît pas suffisamment compensée par un gain d'intelligibilité).

Pour ces raisons, nous suggérons de supprimer les indicateurs *quantitatifs* relatifs aux activités de « prévention I » et de référer le lecteur au volet *qualitatif* du rapport d'activité.

3.9. « Indicateurs d'activités : Appui individuel aux professionnels »

Nous proposons quelques éléments de clarification pour définir les activités relevant de l'appui aux professionnels : qu'elles soient individuelles (visent 1 professionnel) ou collectives (visent une équipe ou un groupe de professionnels), les activités d'appui aux professionnels visent à soutenir des professionnels partenaires dans leurs savoirs et leurs savoir-faire. Il s'agit typiquement de formations, de supervisions, d'intervisions, de conseil ou de conférences/débat s'adressant exclusivement à des professionnels.

Seules sont considérées les activités dont le service est *promoteur*, et non celles dont il est uniquement bénéficiaire : par exemple, on encode une activité de formation si un travailleur du SSM est formateur, pas s'il assiste à la formation. Une exception : la participation à une intervision, qui par définition n'applique pas de distinction entre prestataire et bénéficiaire, sera comptée comme une prestation d'appui aux professionnels.

Précision : certains projets de soin ou d'accompagnement ciblent particulièrement des professionnels (c'est le cas par exemple de groupes de parole ou suivis psychologiques proposés à des soignants dans le courant de la crise sanitaire). Ces activités ne doivent pas être considérées comme relevant de l'« appui aux professionnels » mais bien comme relevant du soin ou de l'accompagnement. Le fait que les bénéficiaires de prestations de soin soient par ailleurs des professionnels ne redéfinit pas la nature même de l'activité.

Notons que la frontière peut parfois être tenue entre « appui aux professionnels » et « concertation autour du bénéficiaire » dans le cadre d'un soin ou un accompagnement.

3.9.1. Remarques générales sur la situation actuelle

Certains SSM sont prestataires de formations, supervisions etc. individuelles ou collectives. Certains services encodent les supervisions via Champollion en utilisant le code « SUP » (supervision) comme type d'activité. Mais d'autres réalisent ce type d'activité sans les encoder. Rien n'est prévu pour les formations et interventions.

Comparées aux consultations, les activités d'appui aux professionnels sont moins fréquentes et n'ont pas toujours la forme d'une « routine ». Par conséquent, en pratique, certains professionnels ne les encodent pas régulièrement, parce qu'« il faut y penser ».

3.9.2. Revue des indicateurs

Parce que ce type d'activité est moins routinier que les soins et accompagnements, les pratiques d'encodage risquent d'être moins systématiques. Cependant, contrairement à des activités strictement ponctuelles, comme les activités de « Prévention I », les activités d'appui aux professionnels peuvent se présenter sous la forme d'une série (x séances de supervision par exemple), et font généralement l'objet d'une documentation. Il apparaît dès lors possible d'inviter les SSM à encoder ce type d'activité à l'avenir.

Pas d'autres remarques concernant les indicateurs API1, API2, AP3.

3.10. « Indicateurs d'activités : Appui collectif aux professionnels »

Les remarques générales concernant l'appui individuel aux professionnels valent également ici.

Concernant les types d'activité (APC2), les catégories « organisation du réseau et échange méthodologique » et « accompagnement méthodologique » ne font pas sens pour les membres du groupe de travail : les professionnels ne perçoivent pas à quoi cela correspondrait dans leurs pratiques. Nous suggérons dès lors de supprimer ces items de la version SSM de l'Annexe.

Concernant le nombre total de bénéficiaires (APC4), il faut noter que, comme pour les accompagnements collectifs et communautaires, les appuis collectifs aux professionnels ne font pas l'objet d'une inscription individuel des participants via la constitution d'un dossier. Il apparaîtra dès lors difficile de compter le nombre de *bénéficiaires uniques*. Pour cette raison, nous suggérons de parler plutôt d'un nombre de *participations* et de modifier l'énoncé de l'indicateur en ce sens.

3.11. « Indicateurs d'activités : Autre(s) »

Pas de demande de modification.

III. Synthèse

Le Groupe de travail « Recueil de données : santé mentale et société » a étudié en profondeur l'Annexe de l'Arrêté en vue d'anticiper les possibilités et difficultés d'appropriation des indicateurs qualitatifs et surtout quantitatifs par les SSM. Voici quelques remarques générales et points d'attention qui découlent de ce travail :

1. **Pour produire des données quantitatives exploitables**, dans le respect de l'éthique des intervenants et du cadre légal, il convient de **limiter l'étendue et la précision des données demandées**, mais aussi et surtout **d'ajuster le contenu des données demandées aux informations « naturellement » disponibles** dans les services. Les informations « naturellement » disponibles sont celles qui font sens pour les intervenants dans le cadre de leur pratique et de son organisation sociale routinière. Pour répondre à des questions plus ciblées, il conviendra de recourir à des études/recherches/enquêtes ponctuelles (exemple des enquêtes « Saturation » 2020-2021 et 2022-2023).
2. Ajuster les données demandées aux informations naturellement disponibles implique une reconnaissance de la spécificité de l'activité des SSM, et certainement de chaque secteur de l'Ambulatoire. Il ne sera probablement pas possible d'ajuster *de la même manière* les données demandées aux SSM et aux autres secteurs, chacun présentant des spécificités en termes de pratique et d'organisation sociale de son activité. Nous suggérons dès lors la réalisation d'une analyse intersectorielle visant à **dégager quelques indicateurs communs tout en permettant d'ajuster le reste des indicateurs aux spécificités de chaque secteur**.
3. Dans ce contexte, nous avons formulé via la présente Note sectorielle, de nombreuses **demandes de modification, ajout et/ou suppression d'indicateurs de l'Annexe**. Le.a lecteur.rice se référera à **[l'Annexe 1 « Propositions »](#)**, validé par le secteur, pour une synthèse des ajouts/modifications/suppressions d'indicateurs souhaitées par les SSM. Toutes ces demandes ont leur importance. Voici cependant un résumé des principales demandes :
 - 3.1. Permettre une description qualitative des activités de « coordination et représentation du service » et de « développement de réseau(x) de collaboration inter-service ».
 - 3.2. Abandonner les indicateurs quantitatifs relatifs à la prévention individuelle, leur substituer des indicateurs qualitatifs.
 - 3.3. Reconnaître l'existence des suivis de couple et de famille, et soutenir leur visibilité dans le rapport d'activité (inclusion dans le module « Bénéficiaires » et ajout d'indicateurs de « format » de prestations dans le module « Activités »).
 - 3.4. Limiter la précision de l'indicateur B6 relatif au « statut de logement » du bénéficiaire.
 - 3.5. Transformer l'indicateur socio-économique B7 (source principale de revenus du bénéficiaire) de manière à limiter l'« interrogatoire » des bénéficiaires au profit d'une exploitation des données administratives disponibles.
 - 3.6. Reconnaître l'existence des rendez-vous non honorés et soutenir leur visibilité dans le rapport d'activité.
 - 3.7. Pour chaque référentiel, ajuster les catégories de « type d'activité » et de « lieu » pour qu'elles aient du sens au regard des pratiques réelles en SSM (en particulier pour l'Accueil, l'Accompagnement social, le Soins, l'Accompagnement collectif et/ou communautaire, et l'Appui collectif aux professionnels).

- 3.8. Documenter le contenu thématique des activités de manière plus modeste, et au niveau des *nouvelles demande* et non pour *chaque prestation*. Notons que des investigations qualitatives complémentaires seraient nécessaires pour produire à l'avenir des données thématiques pertinentes.
- 3.9. Documenter les « suites données » au niveau des *nouvelles demandes* et non pour *chaque prestation* d'accueil, et ajuster les catégories de « suites » au fonctionnement réel des services.
4. Avec les logiciels d'encodage dont ils disposent actuellement, sans mise à jour ni changement de logiciel, les SSM ne peuvent compléter qu'une très faible portion de l'Annexe, et le plus souvent moyennant des approximations qui compromettent la qualité des données. Un important travail de **mise à jour des logiciels d'encodage et d'harmonisation des pratiques d'encodage** devra être réalisé pour rendre opérationnelles les propositions formulées par les SSM dans la présente Note. Ni la Ligue, ni les SSM, ne disposent actuellement des moyens matériels et humains nécessaires à ce travail. Le.a lecteur.rice se référera à l'Annexe 2 « Budget et calendrier », non validé par le secteur, pour plus de précisions sur l'anticipation des besoins et du calendrier d'implémentation du Rapport d'activité harmonisé.
5. Le Rapport d'activité harmonisé accorde **une grande importance aux données quantitatives**. Loin d'être simples, transparents et objectifs, les « chiffres » issus des bases de données administratives sont toujours des productions locales tributaires des pratiques d'encodages, inextricables des routines organisationnelles et du sens pratique des intervenants. Sans une connaissance fine des contextes de production des données, ces indicateurs quantitatifs peuvent donner lieu à des erreurs d'interprétation. Une documentation qualitative des pratiques d'encodage apparaît essentielle pour évaluer correctement la qualité des données disponibles et améliorer celle-ci. En outre, les services expriment des craintes, voire une certaine hostilité, à l'idée d'une mutation du *management public* vers une approche plus quantitative et déconnectée du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques. Dans ce contexte, **nous encourageons vivement les Autorités**, parallèlement à l'attention qu'elles accordent à la mise à disposition de données quantitatives via un Rapport d'activité harmonisé, **de continuer à s'appuyer sur des données qualitatives via le volet qualitatif du Rapport d'activité harmonisé, mais aussi via des rencontres directes avec les services et leurs fédérations**.