

GT Recueil de données 2025-2026

PV Séance 2

Accueil et accessibilité

06/01/2026

Notes : rs@lbsm.be

Présent.es

- Francine Desablens (AS, Nouveau Centre Primavera)
- Catherine d'Hoop (coordinatrice, SSM Chapelle-aux-Champs)
- Samira Asseuldani (responsable secrétariat, SSM Chapelle-aux-Champs)
- Isabelle Tiberghien (psychologue, SSM Le Grès)
- Maïté Van Isterdael (secrétaire accueillante, SSM Le Grès)
- Stéphanie Grégoire (coordinatrice, La Gerbe)
- Camille Lemaitre (AS, Equipe Adulte Accueil, La Gerbe)
- Nicolas Gelhay (AS, Psycho-Etterbeek)
- Lucy Stewardson (LBSM)
- Robin Susswein (LBSM)

Excusé.es

- Sandrine Codréanu (Le Sas)
- Virginie Fontaine (Psycho-Etterbeek)
- Caroline Vanderhaegen (Psycho-Etterbeek)
- Quentin Hottat (CG Etterbeek)
- Pierre de Coninck (SSM Anaïs)
- Laurence Dermine (Centre de Guidance d'Ixelles)
- Chrystelle Ledecq (Centre Médico-Psychologique du SSJ)

Compte-rendu

Cette deuxième séance de travail avait pour objectif de définir les indicateurs du volet « Accueil et accessibilité » du futur rapport statistique des SSM Cocof.

Un bref résumé de la première séance et du cadre de travail du GT a été rappelé en début de séance.

1. Objectifs du volet « Accueil et accessibilité »

Les principales objectifs du volet « accueil et accessibilité » du rapport statistique sont :

- **Visibiliser le travail d'accueil** réalisé par les SSM : celui-ci est aujourd'hui peu ou pas quantifié et peu financé. Or, il est essentiel pour la population (au-delà des bénéficiaires déjà suivis par le service).
- **Rendre compte de l'accessibilité des SSM**, et plus particulièrement des causes ou motifs des difficultés d'accès aux SSM pour la population qui y adresse une demande (notamment la saturation de l'offre). C'est un enjeu de santé publique majeure : permettre à la population d'avoir accès à des soins de santé mentale de qualité et économiquement abordables, ce qui n'est pas suffisamment le cas aujourd'hui. Il importe d'en rendre compte pour permettre d'organiser une réponse à ces difficultés d'accès.

« Accessibilité »

L'accessibilité réfère à

la possibilité d'accéder aux services proposés par le SSM, pour une personne ou un groupe de personnes porteuses d'une demande de soin ou d'accompagnement – que la demande soit adressée par la personne concernées ou par un intermédiaire.

Il est aussi possible d'envisager l'accessibilité de manière plus large, comme la possibilité d'accéder au service pour toute personne qui en aurait *besoin* même si aucune *demande* n'est adressée. Cette dernière acception permet d'envisager les phénomènes de non-recours, y compris les non-recours par non-demande. Ce type de phénomène ne peut toutefois pas être documenté à partir d'un recueil de données réalisé au sein même des services (les demandes sont reçues par le SSM, les besoins ne le sont pas), et pose par ailleurs toute une série de difficultés théoriques et méthodologiques autour de la définition et de l'objectivation d'un « besoin » non adressé – ni par soi-même

ni pas un tiers – en santé mentale. Pour ces raisons nous limitons ici notre définition de l'accessibilité aux situations où une demande est adressée.

« Accueil »

Dans la continuité des conclusions du GT Recueil de données 2022-2023, nous limiterons les indicateurs statistiques à une **conception restringée de l'accueil** entendu comme

l'ensemble des pratiques

- *liées au traitement d'une nouvelle demande de soin ou d'accompagnement (individuel ou collectif) : premier contact avec le secrétariat d'accueil, entretien d'accueil, entretien dans le cadre d'une permanence sans rendez-vous, rappel pour réorientation, etc.*
- *et impliquant un contact avec le(s) potentiel(s) futur(s) patient(s) ou le tiers qui porte sa/leur demande.*

Ainsi, ne devront PAS être dénombrés comme des prestations d'accueil :

- toutes les pratiques liées à l'accueil quotidien des patients déjà suivis : accueil en salle d'attente, prise de rendez-vous, etc. ainsi que l'ensemble des pratiques informelles liées à l'accueil des nouvelles demandes et des patients déjà suivis : proposer un café, etc. Ces pratiques méritent d'être visibilisées et valorisées, mais plutôt de manière qualitative (textes libres) notamment dans le cadre des rapports d'activité ou d'écrit réflexifs. Les indicateurs statistiques ne sont pas un outil adapté à la documentation de pratiques informelles.
- les nouvelles demandes qui portent sur autre chose que du soin ou de l'accompagnement, en particulier les demandes d'appui aux professionnels (supervision, formation...). Il serait intéressant de les documenter mais comme ces demandes sont quantitativement assez peu nombreuses et conçues par les travailleurs comme de nature différentes le risque est grand qu'elles ne soient pas systématiquement enregistrées. Là aussi un compte rendu qualitatif paraît plus pertinent.
- les contacts à visée strictement informative (une personne appelle pour connaître les heures d'ouvertures du service, ou pour savoir si le SSM propose par exemple des activités de méditation, sans que cela ne soit interprété comme une demande de suivi adressée au SSM).
- toutes les activités liées au traitement d'une nouvelle demande mais n'impliquant pas un contact avec le demandeur ou l'envoyeur : discussions en réunion d'équipe, contact avec un autre service préalablement à une réorientation, etc. Ces activités sont importantes mais posent les mêmes difficultés d'encodage que les démarches sociales en réalisées en l'absence du bénéficiaires : il est très

difficile de discriminer ce qui compte comme 1 activité dans un flux de démarches impliquant parfois une série d'actes, et dès lors les chiffres reflètent davantage les attitudes d'encodage des travailleurs que les activités que l'on cherche ainsi à quantifier.

En revanche, il importe de bien enregistrer TOUTES les demandes d'aide et de soin :

- quelle que soient les suites données à la demande (nouveau suivi, réorientation, y compris les demandes jugées non pertinentes car elles ne correspondent pas aux missions ou compétences du service, y compris les demandes réorientées dès le premier contact).
- qu'elles soient individuelles ou collectives (couple, famille, groupe)

2. Synthèse des principales discussions autour des indicateurs proposés

- a) **Le titre de la section 1.1 a été revu** pour refléter la définition de l'accueil restreint aux nouvelles demandes : « Prestations d'accueil des nouvelles demandes »
- b) **Ne pas compter le nombre de personnes concernée par chaque demande.**
Nous savons qu'il est difficile de récolter de l'information au sujet des personnes concernées par une nouvelle demande, surtout lorsque la demande est réorientée (dans une interaction d'accueil, ça ne se fait pas d'« enquêter » auprès d'une personne qu'on réoriente pour connaître son âge, son statut socio-professionnel, etc.). Dès lors, la proposition initiale ne comportait aucune données relatives aux personnes accueillies (uniquement des informations relatives à leur demande et aux prestations d'accueil). Nous avions néanmoins proposé de compter, pour chaque demande, le nombre de personnes concernées (par exemple, telle demande de suivi familial pour un couple et son enfant concerne trois personnes). Cela aurait permis de communiquer, autre le nombre de patients (personnes effectivement suivies), le nombre de personnes dont la demande a été reçue et traitée. Mais en pratique, le nombre de personnes concernée par une demande de suivi n'est pas toujours claire et déterminée dès le premier contact – en particulier pour les cas de suivis familiaux qui nous intéressent. Il est dès lors préférable de ne pas encoder cette information, plutôt qu'encoder une information trop incertaine.
- c) **Les catégories des « types de prestation » d'accueil ont été discutées et validée** : premier contact avec le personnel d'accueil (le terme « personnel d'accueil » a été préféré à celui de « secrétaire accueillant » car le premier contact est parfois réalisé par un·e thérapeute) ; entretien en permanence d'accueil sans rendez-vous, entretien d'accueil avec rendez-vous. L'item « Lieu/modalité » a été intégré comme une dimension de chaque type de prestation d'accueil (et non

comme une item distinct), pour plus de précision dans le présentation des résultats – sans que cela ne change quoi que ce soit en termes d'encodage des données.

- d) **Une solution a été trouvée pour l'encodage des prestations d'accueil : les entretiens seront encodés par les thérapeutes comme des consultations, tandis que les premiers contacts seront comptés via les fiches de nouvelle demande.** En effet, chaque type de prestation sera encodée d'une manière propre et spécifique. Les entretiens d'accueil avec rendez-vous seront encodés par les thérapeutes qui les réalisent avec la même méthode d'encodage que n'importe quelle consultation : feuille de semaine ou agenda électronique. Pareil pour les entretiens en permanence d'accueil sans rendez-vous. S'il y a plusieurs thérapeutes impliqués dans un entretien, l'entretien n'est encodé qu'une seule fois par un des deux thérapeute qui précise qu'il s'agit d'une co-thérapie réalisée avec son collègue. Rappelons ici que c'est bien chaque entretien qui est compté, et non la plage de permanence en général (1 plage de permanence qui permet de réaliser 3 entretiens d'accueil-nouvelle demande doit donner lieu à l'encodage de 3 prestations d'accueil). Rappelons aussi que certains entretiens réalisés en permanence sans rendez-vous ne concernent pas le traitement d'une nouvelle demande (ces permanences peuvent aussi être utilisées pour des entretiens ponctuels, parfois répétés, sans intention de déboucher sur une autre forme de suivi) ; ce type d'entretien sera encodé sur la feuille de semaine/agenda comme des « entretien ponctuels » et seront repris dans le volet « consultations individuelles, de couple et de famille » du rapport statistique, et non dans le volet « prestations d'accueil des nouvelles demandes ».
- e) **Encodage des nouvelles demandes : qu'est-ce qui doit être compté comme 1 nouvelle demande ?**
- **1 nouvelle demande = 1 demande de soin ou d'accompagnement** concernant une ou plusieurs personnes (n'encoder qu'une seule demande pour toutes les personnes concernées par la même demande) qui ne sont pas déjà patients dans le service, ou qui l'étaient il y a « longtemps » et qui reviennent vers le service avec une nouvelle demande. Chaque service déterminera à sa manière à partir de quand une demande est « nouvelle » (6 mois, 1 an, ou bien lorsque le contenu de la demande a sensiblement changé, ou bien lorsqu'il y a eu rupture dans la continuité du précédent suivi... bref lorsque la demande de la personne est traitée comme une nouvelle demande par l'équipe).
 - Les demandes concernant une **activité d'appui aux professionnels (supervision, formation, etc.)** ne sont PAS comptées. En effet, elles ne sont pas si fréquentes et peuvent faire l'objet d'un compte rendu qualitatif.
 - **Il est important d'enregistrer aussi les demandes qui sont réorientées dès le premier contact**, par exemple pour des motifs géographiques ou

parce que la demande ne correspond pas aux missions et compétences du service. C'est essentiel pour rendre compte de l'accessibilité du service. On sait que les travailleurs ont tendance à bien encoder ce qui prête à conséquence pour le service (les demandes qui devront être relayées à d'autres collègues en réunion d'équipe) mais que l'encodage des demandes rapidement clôturées est plus difficile. Cependant, l'enjeu est ici suffisamment important (rendre compte notamment du degré de saturation du secteur) pour inciter les travailleurs de l'accueil à faire ces encodages. Par ailleurs, il y aussi un intérêt pour la clinique et l'accueil d'enregistrer toutes les demandes réorientées : cela permet d'apter la réponse apportée dans les cas où la personne rappellerait plus tard. Le temps d'encodage ne devrait pas être trop important : un service de taille moyenne traite rarement plus d'une dizaine de demandes par semaine, et les demandes rapidement réorientées ne doivent pas être documentées de manière très détaillée. Les services qui font déjà ce travail d'encodage systématique de toutes les demandes ne témoignent pas de difficultés particulières. Si cela devait malgré tout poser problème pour des raisons liées à la charge d'encodage, on pourrait limiter l'enregistrement des nouvelles demandes à certaines périodes (durant quelques mois seulement et non toute l'année), mais cela pose aussi d'autres difficultés de mise en place et de coordination, et de représentativité de la durée d'observation. Enfin, la conception d'un nouveau logiciel d'encodage doit permettre de faciliter ce type d'encodage.

- f) **Les catégories d'envoyeur ont été précisées :** il faut respecter un équilibre entre nombre de catégories d'envoyeurs (qui doit rester restreint pour que l'encodage soit fluide) et niveau de précision satisfaisant. Le niveau de précision pour les envoyeurs du public enfant/jeunes était insuffisant, nous l'avons étoffé mais il reste à confirmer à l'avenir. De manière générale, nous avons construit une catégorisation à deux niveaux pour faciliter le compromis entre précision et facilité d'encodage. Ajouter aussi les Centre de planning familial.
- g) **Possibilité d'encoder plusieurs envoyeurs pour une même demande :** les cheminements d'accès des usagers vers un SSM n'est pas toujours simple, il peut y avoir plusieurs intermédiaires et plusieurs réorientations en amont du premier contact avec le SSM. Raison pour laquelle il doit être possible d'encoder plusieurs envoyeurs pour une même demande.
- h) **Orientation disciplinaire du suivi demandé :** il faut bien distinguer ce qui est initialement demandé par l'usager d'une part et ce qu'attribura l'équipe après analyse de la demande. Ce sera bien le cas : orientation du suivi demandé d'une part, puis orientation du nouveau suivi d'autre part s'il y a un nouveau suivi.
- i) **Motifs de réorientation :** les motifs « ECO » et « GEO » ont été supprimés dans le rapport statistique mais ils existeront à l'étape de l'encodage. L'idée est

d'assimiler les motifs ECO et GEO à de la saturation, et de le présenter comme tel dans le rapport statistique. Mais garder ce niveau de précision à l'encodage est important pour éviter des interprétations divergentes lors de l'encodage. Le motif « a trouvé ailleurs » a été supprimé car il ne s'agit pas en soi d'un motif de réorientation, c'est plutôt une issue possible de l'entretien de réorientation.

- j) **Lieux de réorientation** : les services sociaux ont été ajoutés.
- k) **Question qui restent ouvertes à l'issue de la réunion** : Faut-il ou non encoder les « entretiens de rappel pour réorientation ou transmission d'une décision » ?

3. Liste des indicateurs retenus

Accueil et accessibilité

Prestations d'accueil des nouvelles demandes

- Nombre total de prestations relatives à l'accueil des nouvelles demandes

Type de prestation

- Premier contact avec le personnel d'accueil¹
 - Lieu/modalité
 - Sur place (SSM)
 - Par téléphone
 - Autre
 - Donnée manquante
- Entretien en permanence d'accueil sans rendez-vous²
 - Lieu/modalité
 - Sur place (SSM)
 - Par téléphone
 - Autre
 - Donnée manquante
- Entretien d'accueil avec rendez-vous³
 - Lieu/modalité
 - Sur place (SSM)

¹ ⇒ Fiche « Nouvelle demande » : considérant que toute nouvelle demande procède nécessairement d'un premier contact (auquel peut éventuellement s'ajouter un entretien avec ou sans rendez-vous), et que toute nouvelle demande doit faire l'objet d'une fiche « nouvelle demande », le nombre de prestations de « premier contact » est simplement égal au nombre de fiches « nouvelle demande ».

² ⇒ Fiche « Permanence d'accueil sans rendez-vous » ou « Feuille de semaine » (attention au double encodage en cas de co-permanence par plusieurs thérapeutes)

³ ⇒ « Feuille de semaine » (attention au double encodage en cas de co-entretien par plusieurs thérapeutes)

- Par téléphone
- Autre
- Donnée manquante
- Statut de réalisation
 - Réalisé : rendez-vous honoré
 - Non réalisé : patient·e absent·e sans prévenir
 - Non réalisé : décommandé par le·a patient·e
 - Non réalisé : annulé par le·a thérapeute
 - Donnée manquante
- Entretien de rappel pour réorientation ou transmission d'une décision
- Autre

Nouvelles demandes

Envoyeur (demande orientée par...)

(plusieurs envoyeurs possibles)

Non-professionnel :

- Initiative personnelle (par lui-même/elle-même)
- Parent ou proche (entourage)

Santé mentale :

- Autre SSM
- « Psychologue de 1ère ligne » (PPL)
- Hôpital/urgences psy
- Autre professionnel·le santé mentale

Santé :

- Médecin généraliste
- Centre de planning familial
- Autre professionnel·e médical·e

Enfance/jeunesse :

- École/PMS
- SAJ/SPJ
- Autre structure d'aide à la jeunesse

Autres :

- Professionnel·e service social, emploi, intégration
- Police/justice (avec ou sans contrainte)
- Autre
- Données manquantes

Objet initial de la demande

- Suivi individuel enfant (environ 0-12ans)
- Suivi individuel adolescent (environ 13-17ans)

- Suivi individuel adulte (18ans +)
- Suivi de couple
- Suivi de famille
- Bilan ou expertise
- Activité collective ou communautaire
- Autre
- Données manquantes

Orientation disciplinaire du suivi demandé

- Psychologique
- Pédopsychiatrique
- Psychiatrique
- Sociale
- Logopédique
- Psychomotricité ou thérapie du développement
- Pluridisciplinaire
- Autre
- Non-pertinent (pas de suivi demandé)
- Données manquantes

Langue (interprétariat)

- Interprète pas nécessaire
- Nécessite un·e interprète
- Données manquantes

Suites données à la demande

- Nouveau suivi
- Réorientation dès le premier contact (relais direct)
- Réorientation après analyse en équipe et/ou rencontre
- Sans suite : a trouvé ailleurs
- Sans suite : autre
- Autre
- Données manquantes

Demandes réorientées

Motif de réorientation

- AGE : âge du patient (hors tranche d'âge du service)
- DEM : demande ne correspond pas aux missions/compétences du service
- VAC : poste de (pédo-)psychiatre vacant actuellement (pas de psychiatre)
- SAT : suivi indiqué mais service saturé (pas de place) (y compris GEO et ECO)
- Autre

- Données manquantes

Lieu(x) de réorientation

- Autre SSM
- PPL (psychologue de 1ère ligne)
- En privé (psy)
- Hôpital (psy)
- Autre offre santé mentale
- Professionnel médical (hors santé mentale)
- Services sociaux (CASG, CAP, etc.)
- Autre
- Données manquantes

Nouveaux suivis

Délai entre le premier contact et le début du suivi

- 14 jours ou moins
- Entre 15 et 30 jours (2 semaines à 1 mois)
- Entre 31 et 92 jours (1 à 3 mois)
- 93 jours ou plus (plus de 3 mois)
- Données manquantes

Fonction professionnelle

- Psychologue
- Assistant psychologue
- Psychiatre
- Pédopsychiatre
- Assistant social
- Logopède
- Psychomotricien
- Thérapeute du développement
- Pluridisciplinaire
- Autre
- Données manquantes