



Appui

Observatoire

Recherche

Information

Concertation

Évaluation clinique

Analyse des PSSM 2017

Sarah François

Avec la contribution de Marie Lambert

Sous la direction de Christiane Bontemps

Novembre 2019

Introduction

Un Service de santé mentale (SSM) est une structure ambulatoire qui, par une approche pluridisciplinaire, répond aux difficultés psychiques ou psychologiques de la population du territoire qu'il dessert¹. Soixante-cinq SSM sont agréés et répartis sur l'ensemble du territoire, en Wallonie. Le Code wallon de l'action sociale et de la santé stipule que les missions du service de santé mentale s'exercent dans le cadre d'un plan d'action, désigné sous le terme de « projet de service de santé mentale ». Ce PSSM est adressé annuellement au Gouvernement par les services de santé mentale.

Dans le cadre d'un travail d'analyse qualitative mené au CRéSaM² sur l'ensemble des 65 PSSM pour l'année 2017, nous nous sommes penchés sur la question de l'évaluation en SSM au niveau de la clinique. Il s'agissait, dans le cadre de ce travail, de situer tout ce qui peut aider à comprendre comment la pratique clinique en SSM se nourrit d'un travail constant d'évaluation des situations adressées au service et des réponses qui leur sont apportées, tel qu'il est mené au sein des équipes, avec les usagers et en articulation avec le réseau.

Pour ce faire, nous avons utilisé un logiciel d'analyse qualitative (NVivo). Après une première lecture des PSSM, plusieurs mots-clés en lien avec la notion d'évaluation (tels que : évaluation, supervision, formation, concertation...) ont été utilisés afin de permettre une recherche ciblée à travers tous les documents. De plus, certaines sections du PSSM (telles que définies dans le modèle de PSSM) ont été tout particulièrement investiguées, comme les sections ayant trait à la perception des attentes et des besoins des usagers, aux valeurs défendues par le centre, aux référentiels théoriques ou, de manière plus générale, à l'accueil et à la prise en charge de la demande. Ensuite, les informations obtenues de la sorte ont été analysées de manière systématique afin de pouvoir en retirer une vue d'ensemble des pratiques liées à l'évaluation en SSM.

Ces analyses portent uniquement sur les informations présentes dans les PSSM pour l'année 2017 et ne nous éclairent probablement que sur une partie de la réalité concernant l'évaluation du travail clinique en SSM. Dans son PSSM, en effet, chaque SSM pointe les éléments qui lui semblent pertinents pour parler de son projet. Nous avons également fait le choix de ne pas détailler des différences liées de manière inhérente à la discipline ou à l'orientation thérapeutique. Ce travail n'a donc aucune prétention d'exhaustivité. Il vise essentiellement à rendre compte d'une diversité de pratiques (liées à l'évaluation) en SSM. L'objectif est de donner une vue d'ensemble dans laquelle chaque SSM puisse puiser les informations qui lui sont utiles compte tenu de son fonctionnement et de ses spécificités.

¹ Article 540 du Code wallon de l'action sociale et de la santé

² Fondée le 21 octobre 2011, l'ASBL CRéSaM est reconnue depuis le 1^{er} janvier 2012 en qualité de « Centre de Référence en Santé Mentale » en Wallonie sur base du Décret wallon du 3 avril 2009 portant sur « l'agrément des services de santé mentale (SSM) et la reconnaissance des centres de référence en santé mentale ». Son but social est de soutenir l'action des professionnels des services de santé mentale et leur intégration dans le réseau de soins en santé mentale, conformément au Code wallon de l'action sociale et de la santé.

Il en ressort que, lorsqu'on s'intéresse à la question de l'évaluation en SSM, on peut dégager trois axes différents sous lesquels cette question va être développée. Premièrement, on peut déceler plusieurs moments évaluatifs au long du parcours d'une demande. Ensuite, on remarque que les travailleurs en SSM sont impliqués dans un processus d'amélioration continue de leur pratique. Finalement, on s'intéresse à une notion plus générale, celle des attentes et des besoins des usagers, au-delà du suivi individuel.

Premier axe : les moments évaluatifs

Le travail en SSM implique toute une série de moments évaluatifs successifs, bien que ceux-ci ne soient pas forcément labélisés comme tels. Ils se produisent autour de la demande initiale, mais aussi tout au long de la prise en charge, ainsi qu'à la fin de celle-ci.

Accueil de la demande

C'est au moment de la réception de la demande initiale d'un usager potentiel que l'on peut observer les premiers moments évaluatifs. Cette demande peut être adressée au téléphone, lors d'un accueil physique ou par mail. Elle est accueillie par le secrétariat ou, parfois, par un assistant/e social/e ou un autre travailleur, en fonction des SSM. De manière initiale se pose la question de la capacité du SSM à répondre à la demande. Cette demande peut-elle être reçue de manière adéquate par le SSM ? Existe-t-il un autre service qui semble mieux adapté ? La réponse peut être apportée en deux temps. Lors de la demande initiale, si une inadéquation entre la demande et les services proposés par le SSM apparaît de manière évidente, elle peut être réorientée immédiatement. Par exemple, il pourrait s'agir d'une demande qui est plutôt du ressort d'un service d'urgences. Dans les autres cas de figure, et sauf exception, les demandes sont présentées en réunion pluridisciplinaire clinique afin d'évaluer l'adéquation de l'équipe du SSM (ainsi que sa disponibilité) pour y répondre. L'équipe prend alors la décision de prendre en charge ou de réorienter la demande.

Notons d'emblée que le processus thérapeutique s'enclenche dès l'accueil de la demande, ce qui souligne le rôle important joué par le secrétariat dans cet accueil. C'est pourquoi, en fonction des SSM et des personnes, les secrétaires peuvent avoir suivi ou suivre actuellement une formation spécifique.

Certains SSM ont défini des priorités dans leurs PSSM quant au choix d'entamer (ou non) une prise en charge. Les critères exprimés ne sont pas identiques d'un SSM à un autre. On retrouve parmi ceux-ci l'idée de privilégier les personnes dans une grande précarité financière et/ou sociale, les personnes pour lesquelles une prise en charge pluridisciplinaire semble particulièrement indiquée et/ou les personnes en situation de fragilité importante.

Lorsqu'il y a réorientation, plusieurs raisons sont évoquées, telles des raisons déontologiques (par exemple, membre de la famille déjà pris en charge dans le SSM) ou un manque de disponibilité, surtout lorsque le délai d'attente apparaît comme trop long compte tenu de la situation de la personne. C'est aussi le cas lorsque d'autres services semblent plus adaptés de par leur situation géographique ou leurs spécificités (enfant ou adulte, AICS, justiciables, toxicomanie, clinique de l'exil, résidentielle, ...). Parfois encore, la réorientation s'envisage

parce que l'équipe ne possède pas les compétences requises pour le type de prise en charge pressenti.

Dans le cas d'une décision de prise en charge, un membre de l'équipe sera désigné pour le suivi. Il s'agira de celui qui sera jugé le plus à même d'assurer un suivi approprié de par sa fonction, ses qualifications et son orientation clinique, mais également de par ses disponibilités. Selon les cas, un entretien peut être prévu avec un travailleur du SSM (par exemple avec un/e assistant/e social/e) afin de clarifier ou d'affiner la demande. Celui-ci peut s'effectuer avant ou après la réunion pluridisciplinaire, auquel cas les informations supplémentaires récoltées seront présentées à une nouvelle réunion d'équipe et pourront permettre d'étayer le choix d'accepter ou non la prise en charge. Dans certains SSM, un rendez-vous pour une prise en charge avec un thérapeute peut être pris directement par le secrétariat. Dans certains cas particuliers, les demandes peuvent arriver directement, de manière nominative, vers l'un des membres de l'équipe qui pourra les prendre en charge (ou non), avant de les présenter ou après les avoir présentées en réunion d'équipe.

Pendant la prise en charge

La thérapie se construit au fur et à mesure des séances, par ajustements progressifs. La singularité de l'utilisateur est prise en compte dans le déroulement de la thérapie, et ce dans le respect de sa temporalité et de ses besoins propres. Les thérapeutes basent leur travail sur leurs capacités cliniques d'observation, sur les techniques d'entretien, et sur le dialogue et l'écoute mis en place. Une réévaluation fréquente des besoins de l'utilisateur, avec celui-ci, est évidemment de mise.

Dans le décours de la prise en charge, les suivis peuvent être discutés en réunion pluridisciplinaire, afin de faire un compte rendu de la prise en charge ou encore de soulever certaines difficultés ou spécificités rencontrées dans le suivi, et ce à chaque étape de la prise en charge : diagnostic, suivi en cours, fin de suivi, situation d'interruption, réorientation... Selon les SSM, cette discussion en réunion pluridisciplinaire peut être instaurée de manière systématique (par exemple, une échéance est décidée lors de la première réunion pluridisciplinaire) ou à la demande d'un membre de l'équipe.

La composition pluridisciplinaire de l'équipe ainsi que la présence d'orientations théoriques différentes chez les thérapeutes s'avèrent particulièrement précieuses, permettant d'apporter des éclairages différents sur une situation et, possiblement, d'ouvrir la voie vers de nouvelles orientations thérapeutiques.

La manière de mettre en place une évaluation clinique diffère en fonction de l'orientation et des méthodes thérapeutiques ainsi que des spécificités du thérapeute. Des tests, standardisés ou non, peuvent dans certains cas contribuer aussi à l'évaluation clinique. Il peut par exemple s'agir de tests intellectuels, de tests projectifs, de tests de fonctionnement familial, de tests logopédiques, d'échelles de développement, de tests de personnalité, de tests cognitifs, de tests psycho-affectifs, de tests instrumentaux... Leur utilisation est laissée à l'appréciation de chaque SSM et de chaque thérapeute, en fonction des besoins de la situation, des orientations thérapeutiques et de la sensibilité clinique.

De plus, dans le cadre de certaines prises en charge, des entretiens avec l'entourage de l'utilisateur peuvent être organisés afin de recueillir des informations différentes concernant certains aspects de la problématique. Ceci est particulièrement vrai dans le cadre de la prise en charge d'enfants ou d'adolescents.

Un travail en co-thérapie ou en co-intervention est parfois entrepris afin de permettre d'appréhender une situation complexe ou multidimensionnelle de manière plus complète.

Pour finir, un travail en réseau clinique, porté le plus souvent par la fonction de liaison, peut se mettre en place autour de et avec l'utilisateur. À partir de là, les différents intervenants pourront entretenir une concertation et échanger au sujet du suivi de l'utilisateur. À nouveau, ceci est particulièrement vrai dans le cadre de prise en charge d'enfants ou d'adolescents.

Fin de prise en charge

La clôture de la prise en charge se réalise habituellement en concertation entre l'intervenant et l'utilisateur, suite à une évaluation de la situation (à la demande de l'un ou de l'autre). Elle correspond également à un moment évaluatif en équipe. Même dans une situation de rupture ou de suspension du suivi décidée unilatéralement par l'utilisateur, un moment de discussion est généralement organisé en réunion pluridisciplinaire afin de faire le point sur la fin du suivi. Dans certaines situations, un contact avec l'utilisateur sera initié, par exemple pour signaler que le SSM reste accessible. À noter toutefois qu'une rupture n'est pas forcément synonyme d'une évolution négative.

Une demande peut finalement être réactivée, dans le cas où elle aurait été clôturée mais que l'utilisateur se tourne à nouveau vers le SSM. Une nouvelle évaluation de la situation sera bien entendu effectuée, notamment pour déterminer si cette demande s'inscrit dans la lignée de la précédente ou si elle relève d'une problématique différente.

Rôle du directeur thérapeutique

Le directeur thérapeutique joue un rôle dans l'évaluation clinique, notamment via la supervision des suivis cliniques, qui se décline de différentes façons. Lors de la réunion pluridisciplinaire, le directeur thérapeutique affine le diagnostic avec l'équipe et veille avec elle à orienter le patient vers l'intervenant le plus à même de répondre à la demande de l'utilisateur. C'est également lui qui supervise et évalue la prise en charge de l'utilisateur en concertation avec l'équipe, en apportant parfois son soutien à l'intervenant désigné. Il encourage le questionnement des intervenants autour des situations cliniques, les invite à étayer leurs réflexions à l'aide de supports théoriques et promeut une vision pluridisciplinaire des situations cliniques. Pour finir, il peut endosser, en collaboration avec la direction administrative, un rôle de promotion d'une dynamique de formation continue et d'évolution des pratiques au sein de l'équipe, qui est le deuxième axe sur lequel se décline l'évaluation.

Deuxième axe : les processus d'amélioration continue de la pratique

Une caractéristique des SSM est le caractère pluridisciplinaire de l'équipe. En plus de l'équipe de base définie dans le décret, composée de travailleurs disposant des formations ad hoc (secrétaire, assistant/e social/e, psychologue et psychiatre), différentes fonctions

complémentaires sont également prévues (par exemple : logopède, psychomotricien/ne, assistant/e en psychologie, éducateur/trice, criminologue, infirmier/ière, ergothérapeute, kinésithérapeute, animateur/trice spécialisé/e, ...). Tous ces travailleurs possèdent une formation initiale qui leur est propre, sanctionnée par un diplôme reconnu par l'État.

Par la suite, des formations en interne ou en externe, soutenues par le directeur thérapeutique et discutées en réunion pluridisciplinaire, sont suivies de manière régulière par les membres de l'équipe. De manière générale, celles-ci sont individualisées et permettent de répondre aux besoins de l'équipe, du SSM et des usagers. Par exemple, si le SSM accueille des personnes migrantes, l'équipe aura tout intérêt à orienter sa formation de manière à pouvoir accueillir au mieux ce public spécifique. La formation peut aussi consister en la participation à des colloques et à des conférences. Un feedback est généralement effectué par l'intervenant qui a participé à une formation, en réunion pluridisciplinaire ou dans un autre cadre, notamment afin de présenter de nouveaux repères, méthodologies ou pratiques découverts en formation. Certains SSM ont pris la décision de faciliter l'accès à des lectures théoriques en créant une bibliothèque pourvue d'ouvrages de référence. Parfois, des lectures et discussions théorico-cliniques sont organisées au sein du SSM. De manière plus particulière, on peut observer une attention portée à la formation de nouveaux travailleurs au SSM et à leur accompagnement par d'autres travailleurs déjà présents au SSM.

Les intervenants ont également la possibilité d'entreprendre une supervision individuelle (voire sont encouragés à le faire, notamment dans le cas de thérapeutes n'ayant encore que peu d'expérience professionnelle), que ce soit dans le cadre de leur travail au SSM ou sur leur temps privé.

Certains SSM organisent aussi des supervisions d'équipe, cliniques ou institutionnelles, afin d'améliorer le fonctionnement plus général du SSM. En plus des interventions se déroulant en interne, par exemple lors de la réunion pluridisciplinaire clinique, elles ont pour but de questionner et améliorer la pratique générale de l'équipe. Des interventions peuvent également être organisées lors de journées de concertation. Elles sont souvent organisées par fonctions (par exemple interventions de logopèdes, d'assistants sociaux, d'équipes AICS, groupes de parole de secrétaires...). Un travail d'amélioration des pratiques cliniques est parfois organisé de manière plus globale dans le cadre d'un travail de réseau formalisé.

Troisième axe : les attentes et besoins des usagers

En plus de la clarification des attentes de chaque usager de manière individuelle au début et en cours de la prise en charge, plusieurs SSM implémentent, par plusieurs biais, des moyens de mieux cerner les besoins de leurs usagers.

Certains SSM mettent en place des réflexions en équipe sur des questions plus générales telles l'avantage d'un accompagnement psychologique, d'un accompagnement social ou d'un assemblage des deux dans des situations de précarité, ou concernant l'insuffisance de l'offre (et donc de l'impossibilité de prendre en charge toutes les demandes). Dans leurs PSSM, certaines équipes insistent sur l'évaluation régulière qu'elles font de leurs processus de prise en charge.

Des SSM disent aussi rencontrer les services partenaires afin de mieux comprendre leur perception des besoins des usagers ; ce qui permet en outre d'inscrire ou d'installer le SSM dans une spécificité par rapport aux autres membres du réseau.

Un indice quant à l'adéquation du SSM peut aussi être observé quand de nouveaux demandeurs arrivent par le biais d'usagers, anciens ou actuels, qui leur ont recommandé le service.

Les usagers, de manière générale, ont la possibilité de faire des retours de vive voix ou à l'aide de questionnaires de satisfaction, en fonction des moyens mis à leur disposition par le SSM.

Toutes ces informations peuvent être utilisées comme des indicateurs en vue d'une amélioration continue de la pratique clinique dans le service. Toutefois, comme le soulignent certains SSM, il faut rester prudent dans l'interprétation que l'on peut faire des informations venant directement des usagers, dans la mesure où la prise en charge peut aller à l'encontre d'une satisfaction immédiate de leur part (processus de remise en question, changement actif et parfois difficile et douloureux dans la manière de voir les choses ou de se comporter). Dans le cadre d'initiatives spécifiques ou de clubs thérapeutiques, on observe une pratique d'évaluation plus régulière et systématique lors de rencontres organisées avec les usagers.

En guise de conclusion

Pour ponctuer cette note, il est important de rappeler qu'on retrouve dans le PSSM la description des valeurs défendues par le centre. Bien que les valeurs mises en avant ne soient pas identiques dans chaque SSM, en voici quelques-unes qui ont trait à l'évaluation et à l'amélioration des pratiques. On retrouve notamment des valeurs liées aux compétences, ainsi qu'à l'évolution permanente de celles-ci. Les membres de l'équipe se doivent de participer à des formations de manière régulière et se tiennent ainsi au courant de l'évolution de la pratique dans leur domaine. Pour ce faire, ils peuvent également consulter la littérature scientifique ainsi que des lectures théoriques. Par ailleurs, ces lectures et formations peuvent servir à étayer d'autres pratiques que la pratique individuelle, par exemple permettre d'améliorer l'échange d'informations en concertation ainsi que le travail en pluridisciplinarité, de manière plus générale.

De manière corollaire, on retrouve également un questionnement et une évaluation continue liés au fonctionnement de l'équipe, à sa méthodologie, à son efficacité et à la portée des actions du SSM. Il y a évolution des pratiques, des théories, du contexte sociétal, et les SSM se donnent la responsabilité de s'inscrire dans cette évolution et de maintenir un questionnement éthique.

Les membres de l'équipe doivent également pouvoir reconnaître leurs limites tant professionnelles que personnelles (pour ce faire, les intervenants se questionnent et évaluent fréquemment la prise en charge, voire modifient les modalités de celle-ci) et, le cas échéant, passer la main à un de leurs collègues. Dans cette situation, on voit encore toute l'importance du travail pluridisciplinaire, du travail en co-intervention ainsi que du travail en réseau, dans la mesure où tout professionnel peut demander conseil ou adresser l'utilisateur à un de ses

collègues. En effet, le travail en réseau clinique et l'ancrage dans le réseau sont également des valeurs soulignées par les SSM. Ce type de travail peut mener à des concertations quant à la prise en charge et à l'évolution de l'utilisateur. Une attention est également portée au travail avec les proches de l'utilisateur, quand celui-ci marque son accord. Dans le cadre de la prise en charge d'enfants et adolescents, la collaboration avec les proches et avec le réseau, de manière plus large, se fait généralement de manière plus systématique.

CRéSaM / Novembre 2019 / Sarah François, Marie Lambert