

L'humain ne se prête pas à la standardisation

DEQ à Bruxelles, questionnement des 'pys'

Marie-Cécile Henriquet, ancienne présidente de la Fédération des services de santé mentale bruxellois et psychologue au centre de santé mentale le Méridien.

.....

Les services de santé mentale, concernés par le décret voté en 2009 sur les services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé ont largement questionné la partie de ce décret consacré à la qualité des pratiques. Avec un recul de quelques années, des réflexions qui restent d'actualité : comment concevoir et pratiquer une évaluation qui enrichisse les pratiques ? Quelles sont les limites entre le contrôle et l'évaluation ? Comment dialoguer au mieux avec les pouvoirs publics ?

.....

Le projet de décret relatif à l'offre de services a suscité énormément de débats, parfois très vifs, entre les secteurs concernés, entre ceux-ci et les décideurs politiques. Le secteur de la Santé Mentale dans son ensemble s'est fortement opposé au projet présenté par le cabinet de la Cocof en 2008 – tout au moins à ce qu'il envisageait en matière d'assurance de qualité. Nous avons par contre souligné que « l'initiative s'inscrit bien dans la ligne de réflexion sur nos pratiques, menée de manière intersectorielle ces dernières années lors des Assises de l'Ambulatoire ». En effet, ces Assises ont lancé une réflexion sur l'évaluation menée par tous les secteurs. Mais ce travail n'a pu être poursuivi faute de financement ; et nous nous sommes retrouvés, quelques années plus tard, avec un projet de décret proposant un référentiel bien spécifique, celui de l'assurance de qualité, qui nous semblait très étranger à nos approches.

Précisons d'emblée que, suite aux débats qui ont eu lieu à l'époque, les démarches qualité prévues dans le décret sont devenues des « démarches d'évaluation qualitative » : changement tout à fait acceptable et compatible avec la manière dont nous souhaitons évaluer ce que nous faisons. Nous évoquerons plus loin l'intérêt de cette évolution, la manière dont la démarche s'est mise en place dans les centres et certains effets positifs qu'elle a eus. Mais il est intéressant de revenir aux questions qui ont fait débat ; d'une part parce que certaines réflexions relevaient d'une image fautive des centres de santé mentale ; d'autre part, parce qu'il nous semble utile de rester vigilants en matière d'évaluation.

Idées reçues sur le secteur de la santé mentale

Dans nos contacts avec le Cabinet, nous avons eu le sentiment que les responsables de ce dossier voyaient les services de santé mentale comme faisant encore trop souvent de la consultation psychologique comme en privé. Cette vision ne correspond pas à nos pratiques, en réalité, et en général les acteurs de terrain

Mots clefs : critères, efficacité, évaluation, non-marchand, organisation des soins, politique de santé, qualité des soins, santé mentale, service intégré de soins à domicile, soins de santé.

Les services de santé mentale concernés

Fédération des services de santé mentale bruxellois francophones, Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale, Fédération des employeurs des services de santé mentale bruxellois et représentants syndicaux des travailleurs de la santé mentale.



le savent bien : beaucoup de centres ont des approches de type communautaire et mènent de riches collaborations avec d'autres services, notamment avec les maisons médicales.

Le secteur de la santé mentale est, par ailleurs, souvent perçu comme hostile à l'évaluation. Mais l'image du 'psy' qui « sait tout » ou qui « prétend tout savoir » et ne veut rendre de comptes à personne relève du fantasme. Bien sûr, nous restons vigilants, parfois trop méfiants quant à la manière dont certaines données sont enregistrées ; certains se sont élevés, par exemple, contre l'enregistrement des plaintes demandé par la COCOF il y a quelques années. Mais nous avons créé, nous-mêmes, un outil commun permettant d'enregistrer les motifs de plaintes, telles qu'elles sont présentées par les consultants. Ce registre permet à la COCOF d'avoir une vision transversale pour l'ensemble des centres ; quant aux données recueillies, elles ont servi de base à une étude publiée par la Ligue bruxelloise pour la Santé mentale il y a 7 ou 8 ans, tout en respectant la confidentialité et l'éthique.

La plupart des centres, ainsi que la fédération, estiment qu'il est normal de fournir des données aux décideurs, qui doivent pouvoir programmer, définir les besoins, être éclairés sur les réalités de terrain. Nous fournissons aussi à l'inspection des statistiques en termes de démographie, d'accessibilité, de nombre de consultations... C'est pertinent, cela correspond à l'obligation de moyens, qui est un prescrit légal, et il est légitime de rendre des comptes aux pouvoirs publics qui subsidient notre travail : nous menons celui-ci dans un esprit de service public. La collecte d'informations donne aussi plus de visibilité à ce que nous réalisons. En fin de compte, jusqu'à ce jour, la COCOF n'a pas fait de demande excessive, et certaines craintes sont injustifiées.

Mais nous avons craint une dérive avec le projet de décret qui envisageait d'imposer aux services une démarche qualité. Cet aspect du décret est arrivé assez brusquement, sans concertation approfondie. Nous n'avons pas eu de réponse claire quant à ce que recouvrait

cette démarche, et nous avons cherché par nous-mêmes de quoi il s'agissait.

Standardiser des pratiques comme des produits ?

Nous avons trouvé des réponses dans le secteur industriel, où cette méthode vise à améliorer des objectifs de production, de management, de gestion – la gestion des ressources humaines étant au service de ces objectifs. Il s'agit avant tout d'élaborer des normes standardisées au niveau des produits et des procédures de travail et d'en contrôler l'application. Ce raisonnement n'est pas pertinent dans des domaines qui touchent à la relation humaine, au champ psychosocial : il est fondamental de ne pas confondre l'évaluation des pratiques d'action sociale et de soins avec la gestion, l'organisation et le fonctionnement des équipes. Ces trois aspects sont nécessaires mais ils doivent être au service des pratiques ; ils ne suffisent pas à rendre compte de leur pertinence au regard des besoins, du bien-être des gens, des spécificités des sciences humaines.

Appliquer un protocole commun, standardiser les pratiques, cela ne permet pas d'évaluer la richesse des pratiques à l'œuvre sur le terrain. Tous les services rencontrent le même type de public, de questions sociales, et l'échange est très riche. Mais les champs, les paradigmes, sont différents. Il faut veiller à ce qu'une méthode d'évaluation commune n'aboutisse pas à construire des normes qui aboutiraient à un appauvrissement de la qualité du travail, et de la créativité qu'elle requiert.

Quelques exemples pris chez nos collègues néerlandophones bruxellois : un des indicateurs de la qualité de l'accueil consiste à compter le nombre de jours entre le premier contact et le premier « face à face ». C'est là un indicateur très simple à quantifier, certainement sensé dans certains domaines, mais peu pertinent en matière psychosociale : en effet, le contenu de ce premier échange téléphonique va évidemment influencer le temps qui s'écoule avant un premier rendez-vous. S'il s'agit d'un

adulte demandant une psychothérapie, il peut être aisé de mettre un premier rendez-vous assez rapidement. S'il s'agit d'une demande plus complexe – et c'est la majorité – un temps de réflexion et de prise de différents contacts est nécessaire. Un exemple « simple » : une mère téléphone pour avoir de l'aide pour son fils actuellement hospitalisé en psychiatrie. Elle ne sait pas trop bien pourquoi le psychiatre de son fils souhaite cette démarche, et pourquoi il faut que les autres membres de la famille viennent. Mettre en place un dispositif pertinent va nécessiter une analyse plus fouillée de la demande, y compris de suggérer à cette femme de rediscuter la question avec le psychiatre concerné, d'éventuellement envisager une première rencontre entre un membre de l'équipe, le patient et sa famille et les soignants du service hospitalier, à l'hôpital même. Fixer d'entrée de jeu un rendez-vous à cette personne peut prendre l'allure d'une sorte de forcing. L'expérience nous apprend que dans

de telles situations, il s'agit de respecter les réticences des personnes à consulter, et de tisser progressivement un contexte qui va favoriser la confiance et l'émergence éventuelle d'une demande plus personnelle. Aller trop vite aboutit d'ailleurs bien souvent à des rendez-vous manqués. D'autres situations sont encore bien plus complexes et mettent d'emblée en avant la nécessité de divers contacts, l'organisation de concertations avec les familles et les partenaires. Il en est ainsi par exemple de patients qui sont « pris en charge » par un certain nombre d'instances : tribunal ou aide à la jeunesse, avec placement temporaire d'enfants, interventions du PMS, CPAS, endettement, suivi psychiatrique d'un parent, etc. On peut voir dans ces situations que la rapidité de l'intervention ne dit en fait rien de sa qualité qui repose avant tout sur un prudent et soigneux tissage du lien...

Faire du chiffre...

Un autre exemple amené par nos collègues néerlandophones est celui du nombre de consultations comme indicateur de qualité. Le relevé de ce nombre moyen dans les différentes équipes bruxelloises flamandes a produit l'établissement d'une norme, à savoir un nombre de consultations à assurer par chaque travailleur : 11 pour un mi-temps et 24 pour un temps plein. La dérive est bien perceptible : d'une moyenne indicative, on passe à une norme... L'effet, certainement non désiré, est de réduire le travail en santé mentale à la seule consultation, au détriment de tout le travail de réseau (téléphones, déplacements, concertations, etc.) qu'il est difficile de quantifier en termes de temps. Accompagner un patient et/ou ses proches à l'hôpital, ou au tribunal de la jeunesse, ou encore au CPAS prend facilement 3 heures. Ceci diminue donc d'autant la « qualité » du travail du professionnel concerné... Ce genre de dérive nous paraît particulièrement néfaste : on pourrait en arriver à vider progressivement le soin en santé mentale de sa spécificité : son insertion dans un quartier et un réseau, ainsi que l'offre de soins de proximité, diversifiés





et adaptés à la personne. Alors même qu'on reproche, parfois à raison, aux services de santé mentale de trop fonctionner comme des « polycliniques », l'usage d'un tel indicateur de qualité ne peut que produire cela même qu'il s'agit d'éviter...

Notre travail, comme celui des autres secteurs de l'ambulatoire à Bruxelles, est complexe : le nombre de personnes isolées, sans liens sociaux, qui arrive chez nous, augmente de manière majeure depuis quelques années. Et nous sommes souvent le dernier recours pour des gens vivant dans des conditions telles que l'on se sent parfois très impuissant. En outre, le lien avec le secteur hospitalier est devenu très ardu : hospitaliser une telle personne est en effet malaisé dans les procédures habituelles qui requièrent entretiens d'admission, projets... Il manque certainement des structures hospitalières, d'asiles, de 'refuges' à faible niveau d'exigence.

Un dialogue constructif

Pour revenir au décret et à l'évaluation, nous avons revendiqué le droit d'utiliser d'autres méthodologies que de qualité : des méthodologies plus adéquates, déjà éprouvées, que nous pratiquons déjà beaucoup. Pour nous, l'évaluation est avant tout une pratique réflexive, un questionnement continu sur ce qui fait sens dans le cheminement des patients.

Notre opposition au projet de décret a entraîné beaucoup de débats, parfois enflammés, qui ont finalement eu un aspect positif : ces échanges ont permis le partage d'idées, de visions, sur des questions fondamentales – entre acteurs de terrain, entre secteurs, avec les parlementaires, avec les pouvoirs subsidiaires.

Les 22 centres de santé mentale ont discuté ensemble, de manière très démocratique, très riche, pendant un an ; à partir de ces échanges nous avons proposé des thèmes à la COCOF, qui les a regroupés et a ensuite proposé à chaque service de faire son choix. Ce mouvement d'aller-retour constitue une bonne manière de dialoguer.

Les services ont en général choisi un thème proche de ce qu'ils avaient déjà mis au travail. Au Méridien par exemple, nous avons choisi le thème de la « connaissance du public » en ciblant plus particulièrement les adolescents. Nous avons déjà réfléchi à mettre sur pied, pour ces jeunes, autre chose que la consultation (qui existe déjà) : un projet plus collectif, en articulation avec des projets menés dans le quartier.

L'une des directives du décret a cependant été difficile à appliquer : celle qui concerne l'implication de tous les niveaux de l'institution (y compris le CA) et de tous les membres de l'équipe – nous sommes 40, avec des fonctions et des formations diversifiées. On a réfléchi à cela avec une des anthropologues du centre, et nous avons organisé une mise en commun des savoirs relatifs à l'adolescence (savoirs personnels, liés aux disciplines professionnelles, à l'expérience,...). Le premier temps de cette mise en commun s'est fait en duo, entre personnes différenciées (jeunes/vieux, thérapeutes individuels/familiaux, psys/assistants sociaux...). Nous préparons une table ronde pour faire la synthèse de tous ces échanges mais nous sommes en retard car il est très difficile d'organiser un tel processus, avec les agendas, le peu de temps disponible... mais cela s'est révélé très intéressant !

Prise de conscience

Un autre bénéfice secondaire du décret a été la décision d'organiser des journées d'études annuelles : la première sur la question du travail avec les interprètes, la deuxième sur les relations, les collaborations avec d'autres acteurs, la troisième concernera les politiques. Nous avons réalisé que nos pratiques ne sont pas assez connues, pas assez visibles. Les centres devraient davantage communiquer entre eux, se regrouper, recréer plus d'échanges collectifs. Cette prise de conscience, c'est un bénéfice secondaire du décret – pas seulement dans son aspect « qualité » : il y a eu aussi beaucoup de discussions, de rencontres pour évoquer tout le travail, dans ses multiples aspects. Et

des mesures positives au niveau administratif en ont résulté : par exemple, nous pouvons aujourd'hui répartir les temps d'accueil d'une manière beaucoup plus flexible par rapport aux besoins, les agréments sont actuellement à durée indéterminée, etc.

Mais finalement... « tout ça pour ça » ? Les démarches d'évaluation qualitative prennent vraiment trop de temps, un temps pris sur nos missions premières, dont le suivi des patients. C'est aussi, peut-être, un peu dommage de ne pas avoir favorisé un travail intersectoriel à l'échelle d'un territoire, ce qui aurait mieux soutenu les articulations entre services. Ces articulations s'étaient renforcées dans les Assises de l'Ambulatoire, l'interruption de ce travail a coupé une dynamique en cours et le décret, malgré ses intentions transversales, est revenu à des approches plus individualisées finalement... ●