

# Santé mentale et pratiques de réseaux

Ce premier numéro de *Confluences* nous invite à nous intéresser au travail de réseaux et de circuits de soins ; un thème d'actualité puisqu'un projet de réforme en ce sens est actuellement en cours d'élaboration.

Depuis qu'on nous promet l'instauration de réseaux, les réactions sont multiples et diverses telles que :

- de l'intérêt pour ce qui pourrait donner une cohérence plus grande dans les services offerts à la population;
- de l'agacement face à des perspectives mal définies et dont les objectifs pourraient être davantage économiques que cliniques;
- de l'amusement car des réseaux existent déjà et le monde politique n'en saurait rien !

Mais s'entend-t-on bien sur les termes ? Faut-il parler... de pratiques de réseaux, en réseaux ou encore de pratiques avec le réseau ? Est-ce la même chose ? Non, je ne le pense pas. "de", "en", "avec", ne sont pas équivalents, ni synonymes.

▶ Parler de "pratiques de réseaux" accentue, me semble-t-il, la réalité du réseau ; sa pertinence n'est nullement mise en doute. Les réseaux existent, réalité administrative, et il convient de voir ce qu'ils donnent comme résultat sur le plan budgétaire et de gestion.

▶ L'expression "pratiques avec le réseau" met en avant une des possibilités auxquelles les intervenants ont accès face à une situation particulière. Bien sûr, personne ne travaille tout à fait dans son coin et a recours aux services offerts par des collègues. Cette pratique est heureusement très courante et constitue la grande partie de ce que l'on qualifie aujourd'hui de pratiques ayant un lien avec le réseau.

▶ Quant aux "pratiques en réseaux", elles me paraissent plus prometteuses et plus riches car elles mettent davantage l'accent sur la pratique, sur une clinique, sur une modalité de pratiques mais avec une dimension politique, une dimension de projet. La particularité de chaque pratique est, semble-t-il, davantage présente. De plus, pratique en réseaux et psychothérapie institutionnelle telle que Tosquelles et Oury la défendent sont alors très proches, voire synonymes mais pour des contextes différents car, issu de l'hôpital, ce concept interroge, présentement, la fiabilité sociale, sa capacité de faire lien et de maintenir celui-ci.

Alors, le réseau en santé mentale, un pavé dans la mare ou un concept suffisamment complexe et confus pour que chacun s'y plonge facilement et sans trop de réserve ?

Et pourtant, dans un monde où le libéralisme est flamboyant, où la libre concurrence est omnipotente, où l'individualisme est prôné, voire exacerbé, est-ce étonnant que la question des réseaux apparaisse, et notamment dans le chef des administrations et politiques qui nous dirigent ?

Non, car il n'est pas difficile de faire un lien entre cet individualisme, ce chacun pour soi, et le revers de la médaille qui est une solitude à rencontrer, à circonscrire, à dépasser.

Est-ce le hasard ? Est-ce le résultat normal d'une évolution d'une réflexion plus large et sociétale ? Est-ce étonnant que l'Institut Wallon pour la Santé Mentale se fonde à un moment où la question des réseaux de soins est à ce point mise à l'avant de la scène ? Est-ce étonnant que ce thème soit le premier retenu par l'Institut naissant ? Non ! En effet, l'Institut est une tentative, est un pari osé par les différents secteurs intervenants dans le champ de la santé mentale, parfois très contradictoires dans leurs objectifs, pari de créer un réseau de réflexion, de dialogue, de connaissance réciproque, de recherche.

Francis TURINÉ,  
Président du Groupe de travail "Réseaux" de l'IWSM  
Directeur du Centre de psychiatrie infantile  
"Les goélands"



# Santé mentale et pratiques de réseaux :

Le 24 Juin 2002, huit ministres - fédéraux, régionaux et communautaires - signent une déclaration conjointe sur la politique future en matière de soins de santé mentale, affichant ensemble une volonté "d'adapter l'offre de soins en santé mentale". Ils décident de mettre sur pied une " task-force " afin qu'elle prépare une réforme à cet effet. Cette réforme se base sur une série d'avis livrés depuis 1997 par le Conseil National des Etablissements Hospitaliers (CNEH). Même si la conférence interministérielle ne reproduit pas en tous points ces propositions, il semblait important de présenter ici les grandes lignes de leurs propositions pour ce nouveau concept : "réseaux et circuit de soins"<sup>1</sup>.

François WYNGAERDEN

Coordinateur du groupe de travail "Réseaux" / IWSM.

## Poursuivre la réforme de la psychiatrie

Le nouveau concept de soins en santé mentale se positionne dans la continuité des réformes de 1990 et 1994, poursuivant les mêmes objectifs de désinstitutionnalisation et de diversification de l'offre. Ce projet de réforme participe au mouvement qui veut élargir la psychiatrie à la santé mentale, l'intégrer dans la ville, dans la réalité sociale. Il s'agit, dans une optique de service public, de s'adresser à la population dans son ensemble, pas seulement aux malades et aux bénéficiaires des soins.

Une telle démarche appelle à une diversification et une spécialisation des services, en incluant dans le système de soins de santé mentale, la prévention, le soutien aux familles, la réhabilitation, les services

de proximité, etc. Cela implique aussi une attention de plus en plus soutenue aux particularités sociologiques et culturelles de la population à qui l'on s'adresse ainsi qu'à la demande - et donc à la participation - des usagers, point de départ incontournable de la construction d'une offre de soins cohérente.

Réduire l'isolement de la psychiatrie oblige tout un chacun à se mettre en lien, le plus possible, avec d'autres intervenants du secteur psycho-médical mais aussi des secteurs sociaux, judiciaires, culturels.

Il n'est plus possible de se limiter à une division historique des tâches, en fonction des compétences des ministres ; la santé mentale ne peut se dissocier des politiques sociales, de logement, etc.

De nombreux intervenants et institutions sur le terrain soutiennent, depuis de nom-

## Le Conseil National des Etablissements Hospitaliers (C.N.E.H.)

Le CNEH a pour mission d'émettre un avis d'initiative ou à l'invitation du Ministre, sur tout problème relatif aux hôpitaux, restés de la compétence nationale.

Il est notamment appelé à se prononcer :

- En matière de programmation, sur l'établissement des règles de base et plus particulièrement sur les critères de programmation.
- En matière d'agrément, sur les normes qui ont un impact sur le financement des hôpitaux.
- Sur le financement du fonctionnement des hôpitaux.

Le CNEH dispose de plusieurs secteurs qui correspondent à ses différentes compétences. C'est le groupe permanent "psychiatrie" au sein de la section "programmation et agrément" qui a élaboré, via plusieurs avis, le nouveau concept de soins en santé mentale "réseaux et circuits de soins".

breuses années, cette manière de travailler dans le quotidien ou dans la mise sur pied d'initiatives particulières. Il n'y a pourtant pas, à l'heure actuelle, de politique globale soutenant ces initiatives, leur permettant de normaliser leur cadre de travail et d'augmenter leurs expertises. Et, dans le contexte actuel où la politique de santé mentale est organisée en deux niveaux ( le politique qui programme et subsidie / les institutions qui offrent les soins), il n'existe pas de cadre pour une prise de responsabilité collective, dans l'élaboration commune d'une offre et dans les relations avec le pouvoir politique.

# de quoi parle-t-on ?

## Les propositions du CNEH

### Les trois niveaux de prise de responsabilités

L'idée de réseau, telle que développée par le CNEH, est un cadre permettant l'officialisation et le soutien d'une prise de responsabilité collective entre intervenants (ou institutions) mais aussi un cadre offrant un moyen de "régler" les relations entre les entités politiques et cliniques. Le CNEH définit ainsi, dans son modèle de réseau, trois niveaux de gestion : les niveaux macro, micro et meso, chaque niveau ayant des responsabilités clairement établies, différentes et complémentaires.

Le niveau macro est constitué des décideurs politiques qui construisent une réflexion en termes de santé publique, qui tentent de traduire la demande d'une société dans un cadre législatif et organisationnel. Au niveau micro se trouve le terrain, les intervenants, les institutions animés par des questions essentiellement cliniques. Ce niveau doit réaliser, concrètement, les objectifs mis en avant par le politique et rentrer dans le cadre organisationnel prévu à cet effet.

A cela s'ajoute un niveau intermédiaire : le niveau "mésa", le réseau. Ce niveau aurait la responsabilité d'établir des collaborations entre acteurs, d'élaborer une offre de soins commune à travers une série de "modules de soins", en valorisant les compétences de chacun. C'est un "réseau-plateau", organisé autour d'un contrat de gestion, permettant une prise de risque collective entre intervenants et une collaboration accrue entre niveau micro et macro.

Ce réseau-plateau permettrait donc aux différents acteurs d'élaborer une offre

commune pour un public-cible donné et pour un secteur déterminé par eux. Mais au-delà, il s'agit aussi de faire converger les objectifs de gestion et de santé publique et les objectifs de soins, tout en ne les confondant pas. Le CNEH propose ainsi d'introduire les termes de "fonctions de soins" et de "modules de soins" (voir encadré).

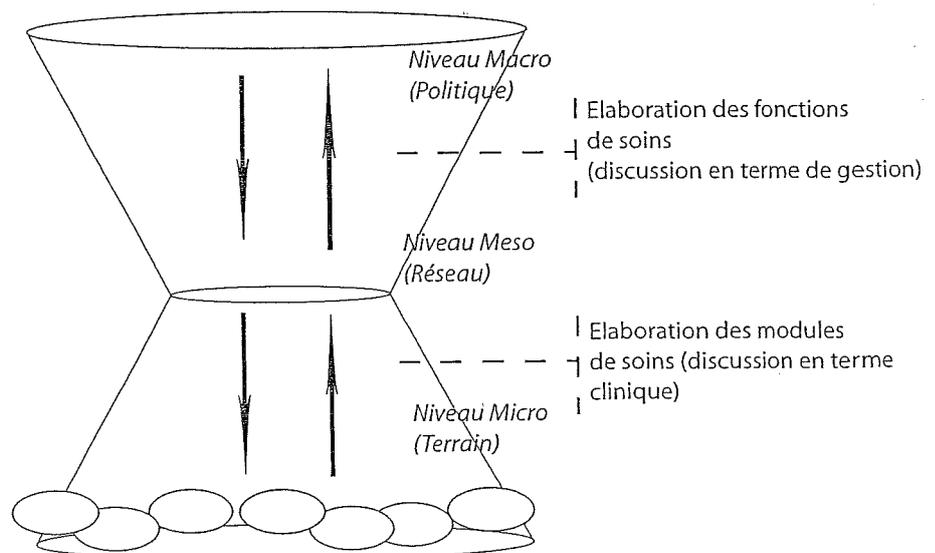
Ces termes renvoient tous deux à une programmation de soins et donc à un contenu de soins, mais le premier est défini en termes d'objectifs généraux, par le politique, le deuxième en terme clinique, par les

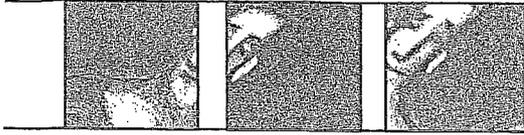
membres du réseau.

Le réseau serait un lieu où des institutions associées élaborent ensemble les modules de soins et discutent les fonctions de soins (voir encadré).

Une différence est ainsi faite entre langage clinique et de gestion, évitant ainsi de déterminer des politiques en fonction de pathologies et de déterminer des pathologies en fonction de politiques, chacun s'exprimant dans un langage clairement différencié : fonctions de soins pour l'un, modules de soins pour l'autre. Cela garantit également la liberté thérapeutique du ●●●

figure 1 : le diabolos





●●● praticien qui a la possibilité de définir lui-même les modalités selon lesquelles il va mettre les " fonctions de soins " en œuvre.

Un autre principe important qui anime le projet du CNEH est celui de l'émergence du niveau micro vers le niveau macro : la prise en compte de l'expérience et du savoir du terrain, l'importance de prendre pour base les besoins et demandes des usagers, de leurs familles, des intervenants pour élaborer les programmes.

Ainsi, si le nouveau concept d'organisation de soins en santé mentale propose un mode d'association entre partenaires organisant une offre concertée, c'est aussi un

plateau intermédiaire entre le terrain et le politique qui permet une élaboration commune de programmes de soins. C'est sans doute ce qui différencie le " réseau " présenté ici des nombreuses initiatives de réseau qui travaillent la concertation ou la continuité de soins dans une optique clinique.

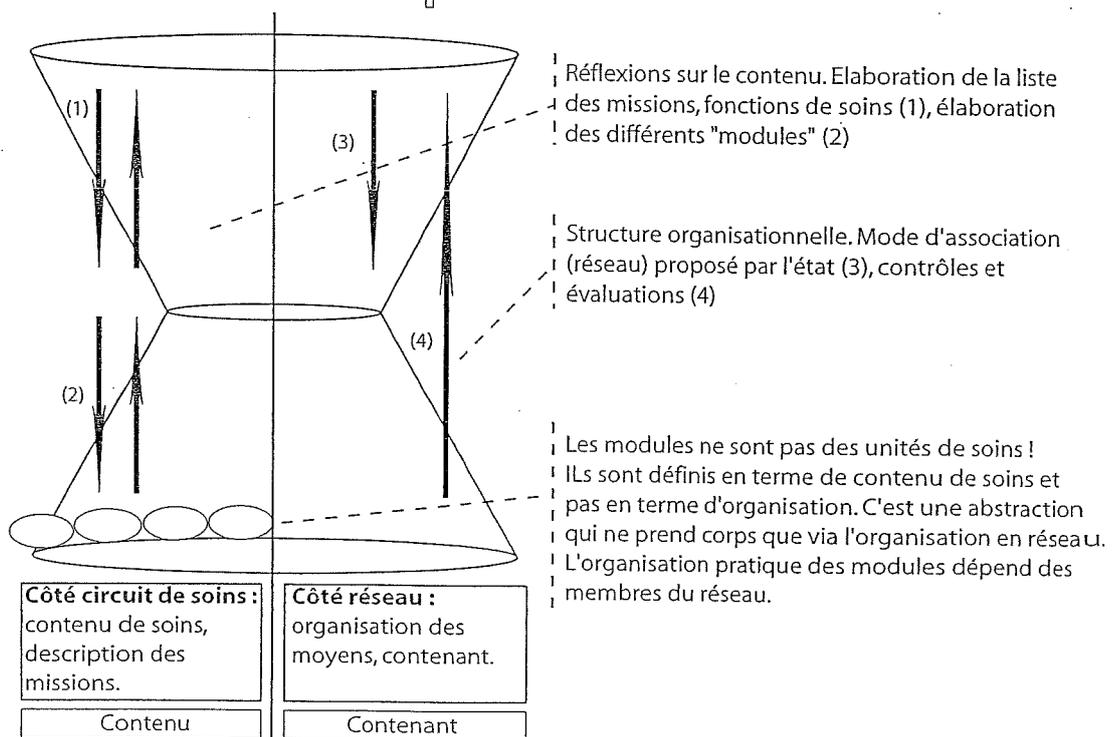
### Réseaux et circuits de soins

Les réseaux et circuits de soins tels que le CNEH les conçoit ne sont pas séparés, ce sont les deux faces d'une même médaille. Le **circuit de soins** fait référence à un **contenu de soins**, une description, une liste de missions. Il renvoie aux fonctions

et aux modules qui décrivent un "contenu". Ce sont, avant tout, des idées abstraites qui ont besoin du cadre organisationnel du réseau pour s'incarner. Le circuit de soins n'est donc pas une trajectoire obligée, mais un ensemble ordonné d'unités de soins. Il fait plutôt référence à la réflexion qui initie une collaboration - en termes d'objectifs et de missions.

Le **réseau** en est l'organisation pratique et juridique. Il est composé d'une série d'institutions réunies autour d'un contrat de gestion. C'est le réseau qui va donner une forme concrète aux idées abstraites exprimées à travers les fonctions et les modules de soins, il est l'organisation nécessaire à la réalisation de ces missions. ●●●

figure 2 : réseaux et circuit de soins



## Quelques précisions

Si le principe de base de ce nouveau concept de soins en santé mentale est l'émergence du micro vers le macro, poussant ainsi le politique à se baser le plus possible sur les informations issues du terrain pour établir des critères de programmation et d'évaluation, le CNEH propose quelques points à définir a priori pour donner une architecture de base cohérente au réseau.

En voici quelques uns parmi les plus importants :

- ▶ Les partenaires sont confortés dans leurs missions historiques : le travail ambulatoire doit se faire sous l'égide de l'ambulatoire, le travail hospitalier sous l'égide de l'hospitalier, etc.

- ▶ Plusieurs pouvoirs organisateurs doivent s'associer pour créer un réseau. Un pouvoir organisateur qui gère plusieurs types de structures ne peut constituer, seul, un réseau.

- ▶ L'agrément "réseau" serait accordé si les associés de base développent des contacts fonctionnels avec des services d'autres domaines que la santé mentale.

- ▶ Le **champ d'action** (territoire, population) des réseaux doit être défini par rapport au groupe cible en fonction de l'expérience. Le CNEH propose un cadre a priori qui doit être validé ou invalidé par l'expérience. D'une manière générale, la programmation doit se faire en fonction de la sociologie de la population à laquelle elle s'adresse. En aucun cas elle ne doit se faire en fonction d'un territoire administratif.

- ▶ Les **plates-formes** de concertation en santé mentale sont définies comme un lieu de concertation. C'est un endroit où les différentes institutions peuvent se rencontrer pour décider de créer ensemble un réseau. Elles peuvent jouer un rôle d'"accompagnant pour la création" de réseaux à la demande des acteurs. ●

<sup>1</sup> Le présent article se base essentiellement sur les avis successifs du C.N.E.H. ainsi que sur une rencontre entre le groupe de travail "Réseaux" de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale et Messieurs Wilmotte et Van Holsbeek, membres du C.N.E.H. (14 novembre 2002).

## Fonctions de soins / modules de soins

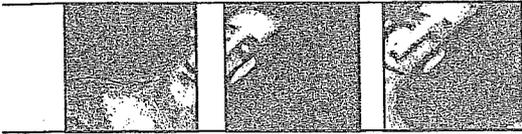
Les **fonctions de soins** sont des orientations générales définies au niveau macro (politique) en lien avec le réseau. Ces fonctions ne renvoient pas à une réalité clinique, elles renvoient plus aux demandes de la société en termes de service public.

Les huit fonctions de soins - il s'agit de fonctions principales proposées actuellement par le CNEH - sont :

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| 1. Accueil, orientation, avis      | 5. Soins complémentaires  |
| 2. Diagnostic, indication clinique | 6. (Psycho-socio) éducation, réhabilitation                         |
| 3. Traitement et thérapie          | 7. Activation sociopédagogique, structuration de la vie journalière |
| 4. Accompagnement et soutien       | 8. Prévention et services (concertation, formation...)              |

*NB - Ces fonctions sont des propositions qui doivent être soumises à l'épreuve du terrain. Elles peuvent être plus ou moins nombreuses.*

Les **modules de soins** sont élaborés sur base de l'expérience du terrain, en lien avec le réseau. Ce sont les modalités particulières de réalisations des orientations générales, mais d'un point de vue clinique. Il n'y a pas ici de liste établie, une place doit être laissée à la créativité et à l'expérience du terrain. On peut par exemple imaginer : ambulatoire, résidentiel, liaison, équipe mobile, à domicile, accueil de nuit, centre de jour, centre de crise, etc.



# Vers une réforme des soins de santé

L'organisation des soins de santé mentale est en débat dans plus d'un pays.

Qu'en est-il en Belgique ? Notre royaume va-t-il approuver un nouveau projet de réforme qui encourage le travail en réseau ? Sous quelle forme ?

Depuis quelques mois déjà, les représentants des différents ministères et des administrations en charge de la santé mentale sont invités à se réunir pour élaborer, ensemble, un protocole d'accord qui initie une première phase d'expérimentation du travail en réseau en Belgique.

Le projet n'est pas sans susciter quelques craintes dans le secteur, en raison notamment du peu d'informations officielles qui lui sont transmises.

Il nous a semblé important, dans le cadre de ce dossier, de recueillir l'opinion des principaux acteurs dans la mise en œuvre de la politique de la santé mentale dans la région afin de mieux cerner les orientations et les enjeux en cours ...

*Trois portes-paroles de l'administration fédérale et régionale et du Ministre wallon des Affaires sociales et de la Santé ont répondu à notre invitation. Ils nous livrent leurs points de vue, à défaut de positions officielles, les négociations étant toujours en cours...*

Propos recueillis par  
Sylvie GERARD et François WYNGAERDEN / IWSM.

Les propos retranscrits ci-dessus ont été recueillis en février 2003.

Ces informations sont susceptibles d'évoluer ; le processus de négociation étant toujours en cours à cette date.

## Rencontre avec Pol Gerits

*Responsable du Service "santé mentale" du Service Public Fédéral "santé publique"*

**Quel est l'intérêt du nouveau concept d'organisation de soins en santé mentale, "réseaux et circuits de soins" ?**

Il s'agit d'encourager la collaboration entre le secteur ambulatoire et hospitalier.

Si les différents niveaux de pouvoir travaillent ensemble, on peut espérer augmenter l'"empowerment" du secteur, afin

de mieux prendre en considération la santé mentale, de lui accorder plus de place dans le secteur de la santé en général. Il ne s'agit plus de parler seulement en termes de lits, mais en termes de soins qui répondent aux besoins du patient. Pour cela, il faut développer des soins de santé mentale intégrés. L'usager, et c'est le plus important, va y gagner. Cela favorisera une optimisation, une continuité et un meilleur suivi des soins.

**Comment va se présenter ce réseau**

Dans un premier temps, on voudrait commencer avec des réseaux expérimentaux pour le groupe cible des jeunes. Ce sera un partenariat privilégié entre un service et un service de santé mentale, avec une convention INAMI s'il y en a. J'espère qu'au bout de 5 ans nous pourrons déterminer ce qu'est un réseau pour tel ou quel groupe cible. Ce sont les acteurs de

# mentale

## Rencontres avec Pol Gerits, Didier De Vleeschouwer et Yolande Husden

rain qui feront une proposition de réseau au-delà de quelques critères de base à respecter.

### **Quels seront ces critères de base ?**

En ce moment, on est en train de préparer un protocole d'accord qui devrait être signé par tous les Ministres compétents en matière de santé publique. Les critères font partie des négociations qui sont encore en cours. Probablement, dans la phase expérimentale, le réseau devra s'adresser aux jeunes de 0 à 18 ans et desservir une population de minimum 60.000 habitants et maximum 300.000 habitants.

La collaboration devra se faire dans une zone composée par un ensemble de communes d'un seul tenant.

Le nombre d'expériences est limité à 13 réseaux : 6 en Flandre, 6 en Wallonie et 1 à Bruxelles. Ces 13 réseaux expérimentaux doivent couvrir tout le territoire belge. Par ailleurs, un comité de patients devra être créé dans chaque réseau.

Les mutualités et les plates-formes seront intégrées et chaque réseau devra mettre en place un comité de réseau, qui sera chargé de l'organisation, de la stratégie, des priorités à mettre en place, etc.

Il est important d'insister sur le fait que c'est une expérience.

C'est sur base de l'évaluation de cette expérience que l'on pourra tester si c'est un bon modèle. Aujourd'hui, nous n'avons pas les arguments pour l'affirmer.

Pour l'évaluation, nous aurons besoin d'un code unique pour suivre le patient dans le temps et au travers des différentes structures.

### **Quelles vont être les missions des réseaux ?**

A l'heure actuelle, ce qui est défini, ce sont les concepts de programmes de soins, de réseaux, de circuits de soins, de groupes cibles et de zones d'activités. Quant à savoir ce qui est nécessaire pour chaque groupe cible, ce n'est pas une question facile. Nous allons commencer, la première année, par inventorier l'offre de soins et les moyens existants. Chaque réseau sera ensuite invité à définir un programme de soins pour le groupe cible jeune. L'évaluation devrait nous permettre de voir si le travail en réseaux est un plus. Pour moi, un bon réseau, c'est un réseau où il existe des services K, une convention INAMI et un centre de santé mentale, pour un même groupe cible dans un territoire donné.

### **Quels seront les budgets qui seront alloués à ces expériences ?**

Le problème, c'est que nous ne disposons pas de nouveau financement. Nous pouvons tout au plus garantir le budget actuel. Sur cette base, chaque service, chaque institution partenaire sera amenée à extraire du budget qui lui est actuellement alloué une somme pour l'investir dans le travail de réseau. S'il apparaît clairement à l'évaluation que nous avons besoin de plus de budget, nous aurons alors un dossier plus élaboré pour défendre ce point de vue.

**Le débat sur la définition du territoire, des zones d'expérimentations a été difficile.**

**Vous plaidez pour un seul réseau par zone d'expérimentation ?**

Nous proposons un réseau qui s'adresse à une population de 60.000 à 300.000 habitants. Ce qu'il faut, c'est que chaque réseau assume ses responsabilités par rapport à un groupe cible. Aujourd'hui, on assiste parfois à un jeu de ping-pong entre institutions qui se renvoient tel ou tel patient "plus difficile". Ce ne sera pas possible avec un seul réseau par territoire. Quant aux différentes orientations (analytiques, systémiques, etc.), elles vont devoir collaborer ensemble. Il y aura des collaborations qui seront un peu forcées... Mais les différents partenaires du réseau pourront, via l'évaluation, faire des propositions, présenter un modèle de fonctionnement.

### **La liberté du patient sera-t-elle garantie ?**

La liberté du patient est parfaitement garantie : l'usager a la liberté de changer de réseau s'il le souhaite.

Quant à garantir une collaboration égalitaire entre les différents acteurs, ce n'est pas vraiment un problème : en tant que partenaire, je ne m'engagerai -personnellement- qu'après m'être assuré qu'il s'agit bel et bien d'un accord égalitaire...

### **Quelle sera la prochaine étape ?**

C'est la signature d'un protocole d'accord par les différents Ministres. Il faudra ensuite préparer une circulaire qui informe le secteur... et les arrêtés royaux qui permettront d'assouplir les règles de financements. Sur cette base, les expérimentations pourront démarrer, à condition bien sûr que la prochaine législature veuille exécuter le protocole d'accord...



## Rencontre avec Didier De Vleeschouwer

*Collaborateur Santé Mentale au Cabinet du*

### **Quel est l'intérêt du nouveau concept d'organisation de soins en santé mentale " réseaux et circuits de soins " ?**

C'est essentiellement le Fédéral qui est demandeur de cette réforme "réseaux et circuits de soins" pour faire aboutir le processus de réforme entamé dans les années 90 visant à faire moins d'hospitalisation et moins longtemps, à développer l'extra-hospitalier et en définitive à rationaliser les budgets, voire à régionaliser une partie des soins de santé (à terme, ce sont les régions qui risquent de payer la facture de cette rationalisation).

### **Quelle est la position de la Région wallonne ?**

Nous approuvons le projet au niveau de ses objectifs : l'idée de développer l'ambulatoire et la qualité des soins au bénéfice du patient est louable. Les services de santé mentale (SSM) ont un rôle majeur à y jouer, mais cela nécessite d'une part qu'il y ait un principe d'égalité entre les acteurs du réseau qui n'existe pas aujourd'hui et d'autre part un débat autour des priorités (mission généraliste des SSM / prise en charge psychiatrique ambulatoire).

Ce que nous voulons éviter, c'est la création d'un deuxième réseau ambulatoire sans les SSM et le paiement a posteriori de la facture sans avoir réellement été concertés sur la politique à mettre en place.

Au niveau de la Région wallonne, nous souhaitons actuellement assurer l'existence des services de santé mentale dans le cadre des missions définies dans le décret!

Nous ne disposons pas de budget supplémentaire pour permettre la réalisation des circuits de soins (hospitaliers / extra-hospitaliers). Au niveau des hôpitaux, le Fédéral peut jouer sur le taux de remplissage : la norme peut être assouplie pour permettre de dégager de l'argent. Au niveau de la Région wallonne, ce n'est pas possible. Le financement actuel ne permettra probablement pas d'élaborer des circuits de soins dans lesquels les SSM se chargeront effectivement de la majeure partie de la prise en charge ambulatoire des patients sortant des hôpitaux psychiatriques. Il est encore trop tôt pour en faire une priorité qui irait au détriment de la mission généraliste des SSM.

A l'heure actuelle, nous débattons au sein de la task-force d'une expérimentation de la future réforme des circuits de soins pour le public-cible des jeunes. Ce que nous demandons, c'est qu'un budget soit spécifiquement attribué par les autorités fédérales<sup>1</sup> à cette expérimentation qui devrait nous permettre d'évaluer sa faisabilité et qu'à la suite de cette expérimentation nous puissions en faire l'évaluation de manière à aboutir éventuellement à la constitution d'un accord de coopération entre le Fédéral et les Régions / Communautés.

D'accord pour expérimenter avec un budget fédéral<sup>1</sup>. Le travail en réseau se trouve déjà dans les missions des SSM, nous n'avons à la limite pas besoin de protocole d'accord pour cela. Les choix politiques pour une réforme en profondeur devront se faire sur base de l'évaluation, pas avant. Et un accord de coopération devrait en fonction de cette évaluation offrir plus de garantie et de légalité.

### **Quelles vont être les missions des réseaux ?**

Au niveau de la task-force, les missions ne sont pas encore définies (la prise en charge et les soins sont à l'heure actuelle implicites). Si je m'en réfère aux documents de travail en cours<sup>2</sup>, le réseau est un accord formel entre plusieurs partenaires de soins et le circuit est " une offre de soins cohérente, constituée d'un ou de plusieurs programmes de soins, destinée à un groupe cible, déterminée et organisée par un réseau au sein d'une zone d'activités donnée". Le programme de soins est l'ensemble cohérent d'activités de soins qui apportent une réponse adéquate à la demande du patient. Les différentes "écoles" ou courants (analytique, comportementaliste, ...) vont être amenés à collaborer ensemble pour garantir cette cohérence. Cela ne signifie pas qu'elles devront perdre leurs spécificités, mais s'intégrer dans la cohérence globale !

Le projet actuel est une évaluation, pendant cinq ans, du travail en réseau, autour du public-cible des jeunes.

Il ne s'agit pas de construire une réforme de toute pièce, mais de pointer les structures manquantes, de voir comment fonctionne la coopération entre les services associés.

Ce qui va être évalué, c'est par exemple, la satisfaction des patients, la pertinence du traitement, les délais d'attente, la collaboration entre acteurs et partenaires, la trajectoire du patient, le coût pour le patient, la charge de travail par prestataire de soins, etc. Il va falloir attribuer à chaque

patient un numéro unique dans le respect du secret professionnel et de la commission de la vie privée.

**Que va-t-on demander aux intervenants et institutions ?**

On va leur demander de s'associer, d'évaluer le travail entre eux, de faire en sorte que toute demande soit prise en charge dans le réseau. On leur demandera de mettre en avant les carences du système de soins de santé. Les différents partenaires seront amenés à passer une convention entre eux et à faire reconnaître leur accord de réseau par leur pouvoir subsidiant.

Ce qui nous met mal à l'aise dans ce protocole d'accord, tel qu'il est discuté actuellement, c'est que l'on a que des exigences par rapport au secteur : il faut signer des conventions, se soumettre à l'évaluation, réaliser une coordination sans rien donner en échange, si ce n'est une certaine souplesse dans le taux d'occupation des hôpitaux (alors que ceux-ci sont bien souvent en sur-capacité). Cette réforme est fort contraignante pour les partenaires du réseau. Le risque est grand de constituer un simple réseau de papier, raison pour laquelle nous demandons un budget conséquent et des garanties d'équité entre l'ambulatoire et l'hospitalier.

**Quelles vont être les modalités pratiques de mise en place des "réseaux et circuits de soins" ?**

Il y aura 6 zones expérimentales en Wallonie qui seront constituées par des ensembles de communes d'un seul tenant dont une zone serait réservée à la Communauté Germanophone<sup>3</sup>. Des collaborations inter-réseaux seront possibles là où il y aura des carences, mais il n'y aura pas deux réseaux sur le même territoire.

**C'est un modèle que vous soutenez ?**

Oui, dans la mesure où il permet de rompre avec le risque de voir réinstaller des réseaux philosophiques qui ne correspondent plus (comme avant) avec les trajectoires des patients et qui coûtent cher. Ce n'est pas parce qu'il n'y a qu'un réseau par zone, qu'il n'y a pas plusieurs programmes de soins.

**Le réseau induit peut-être plus une trajectoire à suivre ? Le libre choix du patient et la liberté thérapeutique seront-ils garantis ?**

Oui... c'est du moins un pré-supposé théorique. Encore faudra-t-il le vérifier à l'épreuve de la pratique ! Cela fera partie des points essentiels à évaluer.

Le protocole d'accord porte sur un accord de collaboration entre gestionnaires de services.

Mais j'espère que cela n'entravera ni la création, ni la liberté du patient...

**Certains services n'ont pas attendu le projet de réforme pour développer des pratiques en réseaux. Des collaborations se sont spontanément créées...**

Tant mieux !!! Je pense que pour l'instant, on est en train de faire " tout un foin " sur quelque chose qui existe déjà et sur lequel on va mettre un peu plus de contraintes et plus d'évaluations. La différence, c'est qu'il y aura un seul réseau par territoire alors qu'aujourd'hui plusieurs réseaux co-existent.

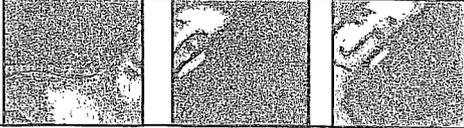
**La Région wallonne est-elle aujourd'hui prête à signer ce protocole d'accord ?**

Si l'on s'en tient aux textes qui nous sont proposés en ce mois de février, je ne pense pas que le Ministre wallon des Affaires sociales et de la Santé soit prêt à s'engager dans le protocole d'accord mais, actuellement, nous continuons à participer aux discussions avec le ferme espoir de faire évoluer positivement les textes. ●

<sup>1</sup> Ce budget pourrait aussi être indirect comme le financement de la psychothérapie.

<sup>2</sup> Documents de travail provisoires datant du 14/02/2003.

<sup>3</sup> Au niveau du public "jeunes", la Communauté Germanophone pourrait passer un accord (de réseau) avec le réseau liégeois, ce qui permettrait de constituer, de par cet accord, une seule zone.



## Rencontre avec Yolande Husden

*Médecin-Directrice - 'direction de la santé curative' - Direction*

**Quel est, en tant que représentant de la task-force pour l'administration régionale wallonne, votre point de vue sur le projet de réforme "réseaux et circuits de soins" ?**

Nous ne pouvons qu'encourager le travail de réseau, le contraire serait aller à contre-courant. Mais l'absence de moyens financiers pour y arriver fait l'objet de débat. La Région n'en a pas et le Fédéral a vu les siens disparaître au conclave budgétaire, en septembre dernier. On parle dès lors de modifier les règles financières des hôpitaux pour leur garantir un budget historique en cas de sous-occupation à condition, bien sûr que cet argent serve à la mise sur pied de réseaux. Mais cela laisse peu de marge de manœuvre. Est-ce qu'une sous-occupation

des lits en hôpital peut créer l'alternative ? C'est très théorique. Cela suppose aussi un changement de pratiques avant de pouvoir réinvestir l'argent ainsi économisé dans le travail de réseau.

Par ailleurs, le financement des SSM est différent et il ne lui est pas possible de dégager de l'argent. On se rend compte que le projet de réforme a des bases financières très minces. S'il n'y a pas un budget minimal pour réaliser une évaluation et un enregistrement des données, ça n'ira pas. Mais il est vrai aussi qu'il y a la crainte

fronté à un modèle construit sur une expérience néerlandophone qui ne correspond pas à nos pratiques.

C'est la raison pour laquelle nous insistons sur l'importance du financement qui sera alloué à la poursuite de l'expérience via une ré-allocation ou l'obtention d'un budget supplémentaire. Mais cela ne veut pas

dire qu'avec cette clause, nous sommes prêts à signer ! Les discussions sont en cours.

**La question du territoire et de la définition des zones d'expérimentation semble avoir été difficile...**

On a d'abord évoqué la création d'un réseau par province, mais de l'avis du plus grand nombre, la formule semble peu souple. On parle donc, à présent, de mettre en place un certain nombre d'expériences. Mais la différence est

d'être exclu de ce qui se dessine. Si la Région ne participe pas à l'expérience, les décisions peuvent être prises sans elle pour, ensuite, lui être imposées. On risque de voir naître ainsi un deuxième ambulatorio au départ de l'hospitalier et d'être con-

finalement minime puisque le territoire entier doit être couvert par un réseau qui sera constitué par un ensemble de communes d'un seul tenant. Ce sont les réseaux qui définiront leurs zones, mais



elles devront être approuvées par les Communautés et Régions sur base de critères préalablement définis.

Cette question des territoires a une résonance particulière au niveau d'un réseau "pédo-psychiatrie" : tenant compte du peu de lits K en Wallonie et d'une offre de soins très déséquilibrée, il est à peine possible de faire un réseau par province. Pour certaines zones où des structures sont manquantes, il est conseillé d'établir une collaboration fonctionnelle avec un service extérieur au territoire, avec les problèmes d'accessibilité que cela peut éventuellement poser. D'une manière générale, réaliser un réseau sans les acteurs de base risque de poser des problèmes. Il nous semble qu'il faut poser la question de l'offre de soins en pédo-psychiatrie sans quoi les réseaux ne pourront se faire correctement.

La question de territoire se pose également à l'égard des plates-formes de concertation. Il est en effet probable que, pour des raisons de facilité, elles fassent "coller" leurs territoires avec les 6 expériences qui pourront être menées en Wallonie. Tout porte à croire que l'on s'achemine quand même vers un réseau par province, du moins, pour le groupe cible "jeunes"

Par ailleurs, je crois que le Fédéral cherche, et nous l'approuvons sur ce point, à obliger les services K à ne plus travailler en concurrence. Il y a trop de déperditions entre les structures, il ne peut plus avoir de filières pa-rallèles. Il ne faut pas pour autant craindre un réseau unique. Il ne s'agit pas de mettre tout le monde d'accord mais de faire en sorte qu'il ne soit plus possible d'ignorer l'autre...

***Au-delà des questions de budget et de territoire, quel est l'intérêt de ce nouveau concept de soins de santé mentale ?***

Il faut bien reconnaître que le protocole d'accord est aujourd'hui un peu vidé de sa substance. Il est pris dans la précipitation. Lorsque l'Etat fédéral a souhaité légiférer ce projet, il a cherché à y inclure les services de santé mentale ; des services qui sont sous la tutelle de la Région wallonne comme l'a rappelé la cour d'arbitrage. Pour valider cette question, il fallait dès lors mettre en place un accord de coopération entre les différents niveaux de pouvoir. Le débat porte actuellement sur cet accord et sur les quelques principes de base qui pourront responsabiliser et amener les Communautés, les Régions et le terrain à prendre des initiatives et à concrétiser le réseau à un niveau local. Le débat ne porte pas sur une discussion de fond. C'est la raison pour laquelle nous avons demandé à ce que soit indiquée dans le protocole d'accord la nécessité d'aborder, au plus tôt, ces questions de fond et de se mettre autour de la table dès la signature du texte. Il y a aujourd'hui un décalage, et c'est sans doute le premier malentendu, entre le réseau tel qu'il est pensé par le fédéral et celui perçu, vécu par le terrain.

L'Etat parle de réseau lorsqu'il y a une convention entre trois acteurs de base: le service K, le centre conventionné INAMI et le service de santé mentale ; les autres intervenants ayant un statut non pas d'acteurs du réseau mais de partenaires. Il y a donc, avant tout, une volonté de rationalisation. Le terrain, lui, évoque dans le réseau un ensemble d'inter-

venants ou d'institutions autour du patient...

***Comment se présentent les négociations ?***

L'Etat fédéral souhaite conclure un accord d'ici le mois d'avril sous peine de devoir recommencer le travail lors de la prochaine législature. Un début d'accord suffit en soi pour insuffler un mouvement, quitte à négocier un budget sous la prochaine législature. Quand à la Région wallonne elle est sceptique, mais elle n'a pas encore pris de décision officielle. ●



# Du secteur au réseau ?

## *Psychiatrie, santé mentale et santé publique*

La psychiatrie se pratique en concertation avec les champs sanitaire, social, éducatif, médico-social et judiciaire, dans une perspective curative et préventive. Il s'agit de conjuguer soins et insertion sociale. Dans le contexte d'une Santé Publique qui donne de plus en plus une orientation techno-scientifique aux soins, comment maintenir une continuité existentielle du sujet en souffrance, et comment préserver cette concertation entre le patient, sa famille et les autres intervenants ? Tel était le thème de la journée annuelle de réflexion organisée, en septembre dernier à Tours, par la Fédération d'Aide à la Santé Mentale CROIX-MARINE<sup>1</sup>.

Dans le cadre de ce dossier, et sans vouloir en réaliser un compte-rendu exhaustif, nous soulignerons quelques aspects des débats en cours en France qui contribuent à notre réflexion ici en Belgique.

---

Paul JACQUES  
Président de l'IWSM

---

En référence aux travaux de Giorgio Abaden, le philosophe J-B Paturat s'est d'abord intéressé à l'histoire de la médecine et à la manière dont elle participe, depuis le XVII<sup>ème</sup> siècle, à la mise en place progressive du "bio-pouvoir", d'abord en étant un lieu de résistance à la toute puissance de la théologie et de l'Inquisition, ensuite en s'inscrivant dans un mouvement de maîtrise pour en arriver à la place prépondérante que lui accorde aujourd'hui notre société. Ce parcours, à travers l'histoire et l'éthique (Erasme, Th. Gorzani, Th. More, Th. Campanello, Rabelais, Scott, Kant, Foucault), illustre le glissement d'une médecine basée sur la relation de confiance à une médecine basée sur la notion juridique de client-usager.

Bernard Basset, de la Direction Générale de la Santé, souligne la nécessité d'appuyer une politique de santé mentale sur des indicateurs résultants d'enquêtes épidémiologiques, d'analyses statistiques et sociologiques. Elles font apparaître les besoins particuliers de groupes tels que les jeunes, les détenus, les personnes en situation de précarité. Ces études posent toutefois la question de la fiabilité des échelles utilisées ainsi que celle de l'organisation de l'offre de soins, de l'accès aux soins et de la prévention.

Une autre préoccupation de santé publique porte sur le rapport coût/efficacité qui débouche sur des recommandations de "bonnes pratiques" pour assurer des soins de qualité en évitant tout gaspillage.

Cela nécessite une articulation des interventions en amont et en aval du soin. Outre la nécessaire évaluation des pratiques (conférences de consensus), le soin ne doit pas être dispensé en fonction des institutions existantes mais à partir de l'adéquation des besoins avec l'offre. Ainsi, l'organisation du "secteur" doit tenir compte des besoins qui touchent à la fois aux habitudes de vie des populations dans une zone géographique donnée et à la répartition des partenaires sociaux, associatifs et institutionnels.

Pour Jean Oury, le choix d'une pratique est une question politique. La médecine, la chirurgie, la psychiatrie, comme l'éducation et la pédagogie, sont basées sur cette distinction fondamentale entre vivre (le biologique) et exister (l'être de désir et de langage, le "parlêtre") même si, bien sûr, pour être existant, il faut être vivant. Oublier cette évidence entraîne une dérive vers les "neurosciences". La Santé Publique est soumise à la "logique du général" alors que toute rencontre clinique est rencontre avec un "existant", incarné dans une singularité. Comment, dès lors, délimiter le champ de la psychiatrie par rapport à celui de la neurologie ou de la médecine ? Tosquelles disait que, dans toute rencontre clinique avec une personne en souffrance psychique, il y a toujours interférence de plusieurs paramètres : biologique, psychique, social, familial, culturel, historique. Dans la même lignée, Oury souligne l'unité "corps-esprit-socius" : ... Avant de déclarer qu'une personne souffre de démence, il faut s'assurer qu'elle ne présente pas des troubles cardio-vasculaires mais également examiner s'il n'y a pas un dépérissement de l'entourage dans son village et disparition des occasions de socialisation.

Soigner quelqu'un, c'est soigner le corps, la psyché et " les entours ". Dans l'institution de soin de la schizophrénie, la fonction soignante doit être partagée ; c'est le travail sur le milieu de vie qui permet la rencontre, l'événement. En raison de l'interdépendance de ces multiples paramètres qui caractérisent "l'existant ", la médecine apparaît comme une spécialisation de la psychiatrie. Les conditions d'exercice de la psychiatrie dans les établissements publics doivent tenir compte de cette distinction fondamentale entre la vie et l'existence, doivent permettre l'inattendu, source de transferts multiples, sans quoi il y a risque d'écrasement du singulier ou complicité avec des dispositifs d'aliénation de type concentrationnaire.

C'est avec un grand plaisir que nous avons retrouvé le professeur **Jacques Schotte**, qui fut un maître pour beaucoup d'entre nous, psychologues formés dans les années 1970 et début 1980. Plaisir de voir qu'il fait école, peut-être davantage en France que dans son pays d'origine. Il nous rappelle que ce qui est en cause dans la psychiatrie est l'affaire de tous. La maladie mentale s'intéresse à l'humain qui est en nous. On a toujours à faire à des malades et non à des maladies. L'anthropo-psychiatrie qu'a développée J. Schotte montre comment la psychiatrie, lorsqu'elle s'écarte du modèle botanique, dessine une ligne de partage entre la maladie dans l'espèce animale et la maladie spécifique à l'homme comme être de culture et être de parole. Pour Hippocrate, la maladie était conçue comme une perturbation du cosmos chez l'individu ; donc pas de place possible pour la statistique !

La pensée de J. Schotte est basée sur l'idée que les quatre grands groupes de troubles (névroses, troubles de l'humeur, perversions, psychoses) peuvent être lus à la lumière des quatre dimensions de l'existence que sont l'esthétique, l'éthique, le pratique, le social-historique<sup>2</sup>.

Pour **Pierre Delion**, la psychiatrie de secteur, aujourd'hui décriée, n'existe que là où il y a des partenariats avec l'ensemble des composantes de la cité. Le réseau, c'est la psychiatrie de secteur ! A partir de sa pratique institutionnelle avec de jeunes autistes et leurs familles, il montre comment la mise en place d'un dispositif de soins et de prévention résulte d'un lent travail d'équipe et de collaborations avec les pédiatres, la crèche, l'école, les dispensaires et ne saurait résulter d'un modèle préfabriqué, sur-spécialisé, venant " d'en haut ", qui imposerait des soins basés sur des protocoles. Tout travail d'équipe repose sur un lent processus de formation continue, d'auto organisation, de recherche permanente, alliant l'éducatif, le pédagogique, le thérapeutique, le soutien aux parents et à l'école. Ainsi l'équipe a-t-elle pu intervenir plus précocement. Les modèles trop hiérarchisés et technocratiques font obstacle à la créativité, à la pensée et à la "culture de l'hétérogénéité", indispensables pour la "santé mentale" et pour l'efficacité de l'équipe clinique.

### En débat

Faute de moyens supplémentaires, l'enjeu aujourd'hui pour tous les services sanitaires et sociaux en santé mentale est d'aboutir à une réorganisation de ses moyens.

●●●

**Paul Jacques** est psychologue. Il est Président de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale. Il s'intéresse, entre autres, aux questions relatives au trauma, à l'interculturel, à la clinique de l'exil, au travail communautaire en santé mentale. Il a récemment créé, à Namur, un service psychosocial pour personnes réfugiées et victimes de violence organisée. De formation psychanalytique, Paul Jacques exerce comme psychothérapeute au sein du projet "Exil" et au Centre de Guidance de Gembloux (Province de Namur). Il est également membre du groupe permanent "Psychiatrie" du CNEH.



●●● Mais selon quels critères ? C'est dans ce contexte de maîtrise des coûts qu'est apparue la notion de partenariat. Cette perspective d'absence de nouveaux moyens a entraîné, ces dernières années, une "dérive expertale" et scientifique (le diagnostic comme base de programmes de soins ou de prévention, dans le style "Pasteur") ainsi qu'une politique de saupoudrage.

Dans ce contexte, le partenariat est-il obligé par les pouvoirs de tutelle ou est-il souhaité par les acteurs de terrain eux-mêmes ? La question n'est pas négligeable. En France, plusieurs professionnels constatent qu'ils n'ont pas attendu le partenariat, rendu obligatoire par le nouveau concept de "réseaux", pour mettre en pratique le travail de réseau, basé, lui, non sur des conventions administratives, mais sur des relations de travail. Un autre constat porte sur la disparité de moyens entre "secteurs" des différentes régions et entre public et privé (manque de

psychiatres, d'infirmiers psychiatriques,...).

Avant d'inventer un nouveau concept comme le "réseau de soins", la priorité eut été de fournir les moyens de mettre effectivement en place la politique de secteur. En outre, les multiples missions qui sont dévolues aux "secteurs" sont énormes. Mieux vaudrait cibler des priorités, plutôt que de prétendre vouloir tout faire. Ceci exige une connaissance fine du terrain. Les réalités cliniques et les ressources disponibles variant d'un territoire à l'autre, une politique unique, identique partout ne saurait être appliquée à tout un pays. La connaissance du terrain doit remonter vers les pouvoirs de tutelle même si une redéfinition des moyens ne doit pas faire l'économie de l'évaluation. Pour certains, il y a divorce entre le terrain et le Ministère de la Santé. Dans le travail avec les adolescents, par exemple, le cadrage nosographique ne suffit pas et ne dit rien sur la spécificité du mode d'intervention qui nécessite de travailler avec

la famille et le milieu.

Pour d'autres, il n'y a pas incompatibilité entre logique clinique, respectueuse des trajectoires singulières, et logique de Santé Publique, centrée sur des groupes, à condition que les professionnels de terrain deviennent des interlocuteurs et se réapproprient les analyses et les demandes de la Santé Publique. Dans le domaine de la périnatalité, par exemple, en deçà des statistiques épidémiologiques sur la dépression postnatale, adopter une perspective de Santé Publique pour les professionnels de la santé mentale consiste à changer les pratiques d'obstétrique, prendre le temps d'écouter les mères, aider l'enfant à prendre le sein, ... La promotion de la Santé Mentale des jeunes mamans est l'affaire des professionnels de terrain avant d'être une question statistique. Au Québec, il y a indépendance des organismes de Santé Publique vis-à-vis des décideurs politiques.

La **Fédération Croix-Marine** est un mouvement national d'associations et d'établissements engagés dans des actions en faveur des personnes souffrant de troubles psychiques. Elle a pour but de favoriser les innovations en matière de soins, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation en mobilisant à la fois les ressources de la communauté et les professionnels concernés. Créée et animée, depuis 1953, par des psychiatres de renom tels que Tosquelles, Oury, Daumezon, Mises, Bonnaté, Hochmann, ce mouvement est né dans les hôpitaux psychiatriques et vise à conjuguer le soin et l'insertion sociale dans une perspective de désaliénation institutionnelle et de psychiatrie sociale.

En France, un dispositif législatif ("l'association") a permis de passer d'un fonctionnement asilaire des hôpitaux psychia-

triques à une organisation soignante où la vie sociale permettait aux malades de participer à la vie quotidienne et à leurs traitements.

La spécificité du mouvement Croix-Marine est de fédérer différents types de structures associatives créées au service des patients comme, par exemple, les "clubs thérapeutiques" ou les "comités hospitaliers". Progressivement, le champ d'action de "l'association" a dépassé l'établissement de soins pour concerner l'ensemble des activités thérapeutiques d'un "secteur" et est venu légaliser des initiatives innovantes ou alternatives dans la communauté : appartements, mini-entreprises, activités culturelles, clubs, bistrot associatifs.

Depuis la fin des années 50, la psychiatrie publique française est organisée selon le

modèle du secteur. Le secteur est une organisation de la psychiatrie qui s'appuie sur une seule et même équipe qui "couvre" un territoire de 70 000 habitants et anime l'ensemble des dispositifs intra- et extra-hospitaliers (consultation ambulatoire, centre de jour, assistance sociale, généraliste, thérapeute privé, centre de formation, ...) sans cloisonnement. Cette équipe unique assure une continuité des soins et met en œuvre un processus conjoint de thérapie et d'insertion sociale (logement, loisirs, travail, ...) Avec l'appui de l'entourage, de la famille, des généralistes et des acteurs sociaux, les soins psychiatriques peuvent se déployer en dehors de l'hôpital, le recours à celui-ci restant, en principe, exceptionnel.

## Conclusions

Une tension entre le **singulier et le collectif** traverse donc le champ de la psychiatrie: les préoccupations de Santé Publique, l'évolution de la société et les demandes sociales multiples ne doivent pas faire perdre à la psychiatrie la spécificité de son objet, la maladie mentale, car cette dérive aurait pour conséquence une **dilution de la psychiatrie dans la santé mentale** ou dans la médecine générale. Le champ social ou l'hôpital général ne sauraient se substituer aux soins que nécessite la psychose.

A l'autre extrême, la prédominance du paradigme bio-médical a pour effet que la recherche n'est plus aux mains des psychiatres mais entre celles des neurologues.

**"Les réseaux ne peuvent être prescrits de l'extérieur"<sup>3</sup>.**

Ses définitions sont multiples : il peut s'agir d'un pouvoir organisateur unique qui met en place différentes structures de soin et d'accompagnement dans lesquelles le patient est objet de soins.

Le réseau peut être une interface entre différents établissements dépendant de pouvoirs organisateurs différents, mais fermé sur lui-même, coupé de la cité.

Enfin, le réseau peut consister en la création du lien social, effet du maillage entre équipes de soins, de réhabilitation, le patient, sa famille et diverses associations sociales, culturelles, socioprofessionnelles, ...

La mise en place d'une véritable "psychiatrie dans la cité" s'appuie sur la mobilisation des élus locaux, artistes, milieu associatif, comme on peut par exemple le voir dans la banlieue est de Lille<sup>1</sup>.

Selon le modèle de la "psychothérapie institutionnelle" en psychiatrie, la fonction thérapeutique n'est pas seulement entre les mains des soignants, mais passe par un aménagement du cadre de vie dans l'institution et hors institution, créant des systèmes de médiation qui ont pour effet de redonner sens aux symptômes en les resituant dans l'histoire du sujet et dans son milieu de vie. Ainsi, le modèle de la psychothérapie institutionnelle anticipe depuis des années ce "nouveau" concept de "réseaux"<sup>4</sup>.

Enfin, ce débat nous montre le danger pour les patients, jeunes ou moins jeunes, qui résulte du clivage, en Belgique, entre les secteurs institutionnels de l'Aide à la Jeunesse, de l'Ambulatoire, de l'Hospitalier, du Handicap (AWIPH) et du Social.

L'Institut Wallon pour la Santé Mentale, s'est précisément donné pour objectif cette possibilité pour le terrain, cliniciens, travailleurs sociaux, usagers, de se réappropriation une préoccupation de Santé Publique ●

<sup>1</sup> 51èmes Journées Nationales de Formation Continue : "Psychiatrie, santé mentale, santé publique".  
Président: Clément Bonnet,  
croix-marine@wanadoo.fr - www.croixmarine.

<sup>2</sup> Pour plus de développements voir le numéro de la revue "L'information psychiatrique" (N°6, Vol. 75, juin 1999) consacré à l'enseignement de J. Schotte.

<sup>3</sup> Voir la revue "Pratiques en santé mentale", Réseaux : nouvelle vague ?, N° 3, août 2001.<sup>4</sup> Roelandt J.-L., Desmons P., 2002, Manuel de psychiatrie citoyenne, édition In Press





# Transformations de l'organisation des

Pour comprendre les évolutions que le secteur des soins "de santé mentale"<sup>1</sup> est susceptible de connaître, il est nécessaire de les remettre en perspective, dans le contexte d'une transformation progressive des systèmes de soins de santé des pays développés. Les constats présentés ici sont une tentative de synthèse rapide des tendances qui apparaissent, de façon plus ou moins marquée, dans les pays européens et en Amérique du Nord.

Philippe Hoyois  
Sociologue

Si les différences restent grandes en matière de financement et de régulation des systèmes de soins de santé et que, à l'intérieur de chaque système, les différences régionales peuvent être marquées, on notera que, compte tenu de l'importance des dépenses de santé, les stratégies pour en assurer la maîtrise tendent peu à peu à se ressembler. Toutes sont susceptibles d'être adoptées par un système de soins de santé (qu'il soit étatique ou privé comme aux USA<sup>2</sup>) à un moment ou à un autre de son évolution.

## Une transformation progressive des systèmes de soins de santé

Au cours des dernières décennies, ces systèmes de soins de santé ont connu des évolutions importantes qui s'expliquent par des :

- ▶ *facteurs macro-économiques*: réduction des revenus des Etats, des entreprises et des particuliers suite au ralentissement de l'activité économique, efforts

de maîtrise de la dette publique, croissance des coûts de la santé et des dépenses, difficultés de maîtrise de ces coûts ;

- ▶ *démographiques et épidémiologiques*: augmentation de l'espérance de vie et changement des structures d'âge des populations, développement de maladies nouvelles et de maladies dites "de civilisation", importance croissante des maladies chroniques ;
- ▶ et *sociétaux*: passage de valeurs normatives sociétales centrées sur la maladie à des valeurs centrées sur la santé, évolution de l'attitude des patients qui se positionnent comme acteurs de leur traitement, importantes inégalités régionales de santé.

Ces différents facteurs qui, combinés, se traduisent par un accroissement régulier des dépenses de santé (publiques ou privées), ont conduit à la mise en place de **stratégies de maîtrise des dépenses** dans l'ensemble des pays développés.

On distingue :

- ▶ les *stratégies d'orientation des politiques sanitaires*, e.a. : décentralisation, instauration de mécanismes de "marché" là où ils étaient inexistantes, régulation étatique plutôt que contrôle, nouvelles formes de financement des soins, droits des patients et participation des associations d'usagers aux décisions, évaluation des besoins, prévention et promotion de la santé... ;
- ▶ *celles dirigées vers la demande de soins*, e.a. : partage des dépenses, rationnement, prime en cas de non-recours aux soins, incitants aux dépenses privées, contrôle de l'utilisation, accent sur les soins primaires et les soins à domicile, recours aux médicaments génériques ... ;
- ▶ et *celles dirigées vers l'offre de services*, e.a. : réduction du nombre de lits hospitaliers, numerus clausus, contrôle des coûts, budgets plafonnés ou budgets globaux, évaluation des traitements et des technologies, méthodes d'amélioration de la qualité...

## De nouvelles formes d'organisation de soins

Parmi les stratégies portant sur l'offre de services, et parmi les plus récentes, se situent l'intégration de services, l'organisation de leur coopération et le développement de nouvelles formes d'organisation des soins. Elles répondent à une évolution des systèmes de soins où la spécialisation implique la multiplication des acteurs.



# soins de santé mentale

## Quelques considérations à partir des évolutions en cours dans les pays développés

Dès lors, les "trajectoires de soins" (Strauss, 1992), notamment en cas de maladies chroniques, de co-morbidité, en présence de problèmes ou de difficultés multiples, deviennent plus complexes. Une mise en œuvre optimale des soins et des interventions nécessite la mise en place d'outils et de formes d'organisation aussi bien au plan collectif qu'individuel. Il va s'agir d'introduire au cœur des pratiques des mécanismes de coordination suffisamment stables pour assurer la continuité<sup>3</sup> d'interventions différenciées tant dans leur contenu que spatialement. Dans le secteur de la "santé mentale" la coordination avec d'autres secteurs hors du système de soins de santé (services sociaux par exemple) est souvent requise.

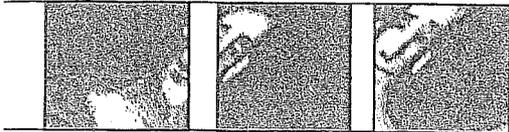
La question de la **coordination** est un élément central de l'analyse du fonctionnement des organisations.

Initialement, deux formes de coordinations permettant d'assurer une complémentarité efficace d'intervenants spécialisés avaient été identifiées : le *marché* et la *hiérarchie*. Le premier va procéder (théoriquement), par le prix, à une élimination progressive, par essais et erreurs, des agencements non efficaces. Le coût de la démarche de sélection des complémentarités est élevé lorsqu'il s'agit de résoudre une question complexe. La seconde, en fixant a priori les actions et réactions des acteurs impliqués réduit les allées et venues inutiles entre eux. Mais sa nature rigide est peu adaptée aux modes de spécialisation utilisés dans les systèmes de santé et à la nature des processus de soins.

Le **réseau**, lui, permettrait d'éviter la rigidité des hiérarchies tout en économisant les "coûts de transaction" associés au marché. La régulation de ce dernier repose sur la sélection / défection, celle de la hiérarchie sur un centre identifié de décision. La régulation du réseau repose elle sur la *discussion entre les acteurs qui en sont membres*. Elle va donc se faire autour d'une *convention commune* de la qualité élaborée collectivement (Salais, 1994). Pour autant qu'il reste ouvert aux apports extérieurs, le réseau est donc aussi un *lieu privilégié d'apprentissage organisationnel mutuel*, permettant de faire face avec plus d'aisance aux situations d'incertitude qu'il est amené à rencontrer et qui sont nombreuses dans le domaine de la santé. Des références communes émergent ainsi peu à peu dont la cohérence vient de leur élaboration collective; de la place qu'elles laissent à l'appréciation du contexte par les différents intervenants, à l'expression des préférences des utilisateurs. L'organisation de la coordination et des coopérations est ici cruciale puisqu'elle va avoir une influence majeure sur le fonctionnement du réseau. Miles et al. (1992) ont montré que la coordination d'un réseau implique que trois rôles soient tenus par différents acteurs pour assurer son fonctionnement :

- ▶ un rôle d'architecte, acteur du réseau d'échanges prescrits ;
- ▶ un rôle de coordinateur d'opération, acteur du réseau d'échanges émergents;
- ▶ et un facilitateur, acteur du réseau d'information émergent.

**Philippe Hoyois** est sociologue. Il connaît bien le secteur de la santé mentale et a participé à de très nombreuses études portant notamment sur l'épidémiologie de certains troubles, les dynamiques de recours aux soins ambulatoires et hospitaliers, l'efficacité de différents modes d'interventions et de traitements, le devenir des patients, les situations d'urgence de crise. Il a travaillé sur l'organisation de soins en réseaux, les coordinations d'équipes et, ces dernières années, les réformes des dispositifs de santé mentale en Belgique et en Europe. Actuellement, il poursuit des travaux sur l'organisation de la réponse aux situations de crise et d'urgence à Bruxelles et, sur un plan plus international, sur les vulnérabilités aux désastres naturels et technologiques.



Dans le développement actuel des réseaux, ceux "horizontaux" organisés sur le mode de structures confédérales, à décision décentralisée où les partenaires échangent dans une relative égalité (intégration virtuelle) tendent à être contrebalancés par ceux qui intègrent verticalement des services, autour de filières<sup>4</sup> de soin définies a priori qui envisagent tous les cas possibles.

La cohérence est alors assurée par la référence au sommet et un centre unique tend à assurer le contrôle de tout le réseau. La distinction entre réseau et filière est importante. Idéalement, le réseau devrait être entendu comme espace d'interaction et de travail collectif au sein duquel peuvent s'élaborer les objectifs et les modalités de coordination dont la mise en œuvre contribuera à générer un ensemble de trajectoires proches (ANAES, 1999), permettant de répondre de façon plus efficiente à des demandes ou à des cas complexes par le biais d'interactions hétérogènes, flexibles et centrées sur les besoins.

Actuellement, deux enjeux importants pour le développement des réseaux sont plus particulièrement pris en considération :

- ▶ leur capacité à offrir des soins sans sélection des patients d'une part,
- ▶ leur "performance" et leur capacité à donner satisfaction à leurs usagers d'autre part.

Shortell et al. (2000) considèrent que la *différenciation* à l'intérieur des réseaux, leur degré de *centralisation/décentralisation* et leur *intégration* virtuelle ou verticale sont des éléments-clés pour les définir.

Selon lui, leur *capacité à offrir des soins à tous* dépendra d'une série de paramètres :

du nombre de patients qu'ils desservent et de la couverture géographique qu'ils assurent, du nombre de praticiens et de services qui les composent, de l'accent qu'ils mettent sur l'amélioration de la qualité et de la gestion des cas, de la qualité de leurs systèmes d'information clinique et de gestion, de l'existence d'incitants financiers semblables pour toutes leurs composantes et d'un noyau actif de praticiens capables d'organiser la pratique en tenant compte de ces différents aspects et de maintenir la capacité de réponse du réseau aux changements externes.

Considérant la *centralisation* comme un des éléments de la coordination, ils montrent que les réseaux centralisés sont en général concentrés géographiquement et éprouvent des difficultés pour répondre à certaines demandes spécifiques. Les réseaux modérément centralisés connaissent une plus grande variabilité dans leur organisation et leur capacité à offrir des soins à tous dépendra de la qualité de leurs mécanismes de coordination. Les réseaux décentralisés sont plus susceptibles d'être orientés vers des segments donnés de populations, en fonction des infrastructures disponibles localement ; la coordination y est plus diffuse.

Des travaux français ont montré que lorsque le réseau est d'origine hospitalière, il tend à se centrer sur des maladies (sélection par pathologies); lorsqu'il est d'origine ambulatoire, il privilégie l'état de santé général des patients dont il assure la prise en charge.

En matière de *performance* considérée selon le point de vue des patients, Milward et Provan (1998) ont montré que la *stabilité* d'un réseau de soins de santé mentale lui permet d'offrir des soins simultanés à la satisfaction des patients. Le rôle que la centralisation peut jouer dans la performance est moins clair. Milward et Provan la considèrent comme un facteur important mais une étude canadienne (White et al., 1992) montre qu'un modèle d'organisation centralisée centré uniquement sur la complémentarité, organisée de façon administrative et contractuelle, assure mieux une continuité imposée mais répond le moins bien aux attentes des patients. Un modèle décentralisé basé sur la collaboration équilibrée entre structures diversifiées était le mieux adapté pour répondre aux processus de recherche d'aide et de construction de la continuité dans la vie quotidienne et semblait le plus adéquat aux usagers. Un modèle intermédiaire, "des alliances", liant formellement des ressources sur la base pragmatique d'un partage de la clientèle se situait à mi-chemin entre les deux autres modèles.

## Les réseaux dans les deux modèles de financement des soins de santé en Europe.

Si l'on considère maintenant l'ensemble des pays européens, on constate que la question des réseaux se pose nettement dans les pays dont les soins sont financés par les revenus du travail (modèle "bismarckien" : Allemagne, Autriche, Belgique, France, Luxembourg, Pays-Bas) et dans un pays comme la Suisse où le financement se fait par l'assurance privée, comme aux USA. Par contre, dans les pays organisés sur le mode du système national de santé (modèle "beveridgien" : Espagne, Grande-Bretagne, Grèce, Italie, pays scandinaves, Portugal), cette question des réseaux se pose moins puisque, théoriquement, les soins sont organisés et échelonnés sur une base territoriale, y compris en matière de santé mentale.

Elle y surgit cependant actuellement en rapport avec l'organisation de 'soins spécialisés' dans le cadre d'une maladie particulière ou d'un groupe déterminé de malades dont la prise en charge est, normalement, distribuée avec plus ou moins de bonheur sur l'ensemble des services (ambulatoires, intermédiaires et hospitaliers) opérant dans la région donnée.

Ces tensions entre soins généralistes et spécialisés, susceptibles de s'exacerber lorsque ces derniers sont définis de façon technocratique, se rencontrent ainsi en France où l'ensemble des soins de santé mentale est organisé essentiellement par le secteur public sur une base territoriale et avec de grandes différences régionales. L'issue pourrait se trouver du côté de l'organisation territoriale d'un dispositif diversifié de soins, essentiellement ambulatoires, travaillant lorsque nécessaire avec des services assurant auprès de patients chroniques les "fonctions latentes de l'hôpital psychiatrique" (logement, nourriture, occupation, loisirs...) et capable de prendre en charge la majorité des troubles présents dans la population desservie. Ce dispositif serait complété par des services très spécialisés répondant à des besoins qui ne pourraient être assurés au niveau local. Ce schéma, proposé par Piel et Roelandt, est un idéal qui doit tenir compte des ressources disponibles localement et d'une détermination historique des pratiques. Il se rencontre aussi en Italie, au Danemark et en Grande-Bretagne. Dans ce dernier pays un accent particulier est mis sur la coopération des services de santé mentale de première ligne et des services sociaux.

Dans les pays "beveridgiens", le nombre de lits psychiatriques par habitant<sup>5</sup> - comme indicateur d'un mode d'organisation des soins - est inférieur à celui que l'on rencontre dans les pays à système de santé "bismarckien". Deux de ceux-ci, l'Allemagne et les Pays-Bas, se signalent par un nombre de lits psychiatriques par habitant significativement plus élevé que tous les autres pays européens (Finlande exceptée).

L'Allemagne n'a entrepris que très récemment la réduction du nombre de ses lits psychiatriques. Cette transformation s'effectue au niveau des Länder et les dispositifs qui se mettent en place impliquent une collaboration entre les secteurs ambulatoires et hospitaliers puisque ces derniers ne pouvaient pas légalement développer de services de consultation afin d'éviter de les mettre en concurrence avec le secteur ambulatoire. Compte tenu du système allemand de financement, les mutuelles jouent un rôle important dans la redéfinition des soins puisqu'elles sont amenées, dans chaque Länder, à discuter les soins couverts avec les associations professionnelles et les hôpitaux.



**Les Pays-Bas**, eux, se distinguent de tous les autres pays européens par l'importance donnée aux soins résidentiels, qu'il s'agisse de trouble mental, de handicap ou de grand âge. La proportion de lits par habitant dans ces trois domaines surpasse ce qui se rencontre ailleurs. Ils ont aussi la particularité de connaître un taux de personnes handicapées par habitant, lui aussi supérieur à toutes les normes européennes. Nombre d'entre elles souffrent en fait de troubles psychiques et reconnues handicapées, ne relèvent plus alors des secteurs de la santé, de l'aide sociale et de l'aide à l'emploi. Le gouvernement hollandais se montre de plus en plus préoccupé de la croissance importante du nombre de personnes handicapées. Dans le domaine des collaborations entre le secteur hospitalier (privé) et le secteur ambulatoire (public, organisé par province), celles-ci se sont développées, au cours des dernières années, encouragées par les autorités nationales et provinciales. Ces dernières doivent, tous les 2 ans, définir un profil de la future offre de soins dans la région, obtenu par consensus des prestataires de soins, des assureurs, des associations de patients et des autorités provinciales et communales. Une tradition de *negociation* constante existe qui s'appuie sur une *reevaluation en permanence de l'offre et de la demande* de soins. Le soins s'échelonnent selon trois niveaux :

- des soins de courte durée prodigués par une première ligne composée de médecins généralistes, de psychologues de première ligne et de travailleurs sociaux;
- des soins spécialisés dépassant les possibilités de la première ligne prodigués par des institutions de la province sur référence du médecin traitant et
- des soins plus spécialisés prodigués à un niveau supra-régional ou national par les hôpitaux universitaires ou par des institutions spécifiques.

Pour garantir l'indépendance des décisions médicales par rapport aux institutions, les protocoles et les procédures qui organisent les processus d'indication de traitement et d'orientation vers les niveaux deuxième et troisième sont définis par un organisme régional composé de représentants des assureurs, des clients, des communes et d'un médecin. Une commission "d'indication" composée d'experts prend ensuite ses décisions avec l'aide de ces procédures et de ces protocoles.

Jusqu'ici, deux formes d'organisation des soins cherchent à répondre à l'exigence d'une offre appropriée à la demande :

- ▶ Les "circuits" organisent les soins en fonction de groupes cibles spécifiques (groupes d'âge, soins de longue durée, soins aux toxicomanes,...)
- ▶ les "unités multifonctionnelles", nées dans les années 80, qui s'adressent à des patients de toutes catégories et peuvent être constituées de services dispersés spatialement.

Les circuits tendraient à se développer dans des régions à forte concentration de population tandis que les unités multifonctionnelles seraient plus fréquentes dans les régions de faible peuplement. Actuellement les liens entre services se

développent, allant de la collaboration fonctionnelle à la fusion.

En 2000, la moitié des services ambulatoires et des hôpitaux psychiatriques étaient engagés dans une forme ou l'autre de collaboration. Les modules de traitements imaginés à Groningen dans les années 80 cherchent à établir des critères permettant de chiffrer le coût des soins. Leur conception est complexe, leur définition est souvent établie a priori et il n'est pas sûr qu'un mode de paiement à la capitation ne soit pas plus aisé à mettre en œuvre et ne corresponde pas mieux aux exigences de flexibilité des soins de santé mentale.

## Conclusion

Il paraît utile de rappeler avec Figueras et al. (1997) que *beaucoup d'études sur les réformes des systèmes de santé se penchent sur leurs contenus plutôt que sur leurs processus de mise en œuvre et sur les facteurs susceptibles de les affecter*. L'analyse des processus de prise de décisions, des contextes socio-économiques et culturels; de la distribution du pouvoir parmi les acteurs de la santé dans un pays particulier devrait pouvoir aider à évaluer la transférabilité et l'applicabilité de réformes réalisées dans d'autres systèmes de santé. Kroneman et van der Zee (1997) ont souligné l'aspect souvent flou des réformes et leur caractère souvent complexe dont le développement graduel peut être perturbé à tout moment.

On retiendra aussi que les transformations

des dispositifs de soins de santé mentale entraînent le passage d'un archétype à un autre : de la maladie mentale vers la santé mentale, des services psychiatriques vers des services dans la communauté, des services à dominance hospitalière ou ambulatoire à un système intégrant plusieurs acteurs institutionnels différents.

Ces transformations peuvent avoir de multiples objectifs, explicites ou non. Au niveau régional, elles peuvent viser l'équité régionale en matière de soins, leur gestion en partenariat, l'ajustement aux besoins de la clientèle d'une gamme de services généralistes et spécialisés organisés en réseaux locaux et régionaux. Au niveau des services, elles pourront porter sur l'amélioration des connaissances en matière de soins, d'organisation, d'ajustement des besoins et des ressources<sup>1</sup>; l'amélioration de la qualité de soins et de leur efficacité; la mise en place de modalités d'évaluation; la définition de responsabilités, de mandats précis et d'objectifs pour le réseau. Considérant ces évolutions, intriquées mais souvent (très) imparfaitement explicitées, on comprendra que Lynn (1996) remarque que l'échec d'une réforme des services de santé mentale est moins souvent du à un défaut d'exécution (définition unilatérale d'un projet par exemple) qu'à un défaut d'analyse. ●

<sup>4</sup> La notion de filière implique une succession prédéterminée d'opérations définies ; celle de circuit évoque un retour au point de départ. La " trajectoire " définie par Strauss est le produit de l'adaptation de l'organisation d'un traitement déterminé à la suite d'une négociation continue (explicite ou non) entre un patient (et/ou son entourage) et ses soignants portant sur l'ajustement du traitement aux besoins du patient. En ce sens elle est particulièrement intéressante.

<sup>5</sup> On notera que la réduction du nombre de lits psychiatriques s'est accompagnée, en Suède, du passage d'un grand nombre de patients chroniques vers le secteur des soins aux handicapés et, en Norvège, par la création de nombreux services de types MSP et IHP.

## Bibliographie

Anaes : *Principes d'évaluation des réseaux de santé*, Paris, 1999.

Figueras J., Saltman R., Mossialos E. : *Challenges in evaluating health sector reform : an overview*. London School of Economics - LSE Health. London, 1997.

Kroneman M., van der Zee J. : *Health policy as a fuzzy concept : Methodological problems encountered when evaluating health policy reforms in an international perspective*. Health Policy 1997;40(2):139-156.

Lynn L. : *Assume a network : Reforming mental health services in Illinois*. J. Public Admin. Research & Theory. 1996, 6 (2), 297 - 314.

Miles R., Snow C., Coleman H. : *Managing 21st century network organizations*. Organizational dynamics, 20, Winter 1992, 5 - 20.

Milward H., Provan K. : *Principles for controlling agents : the political economy of network structure*. J. Public Admin. Research & Theory. 1998, 8 (2), 203 - 221.

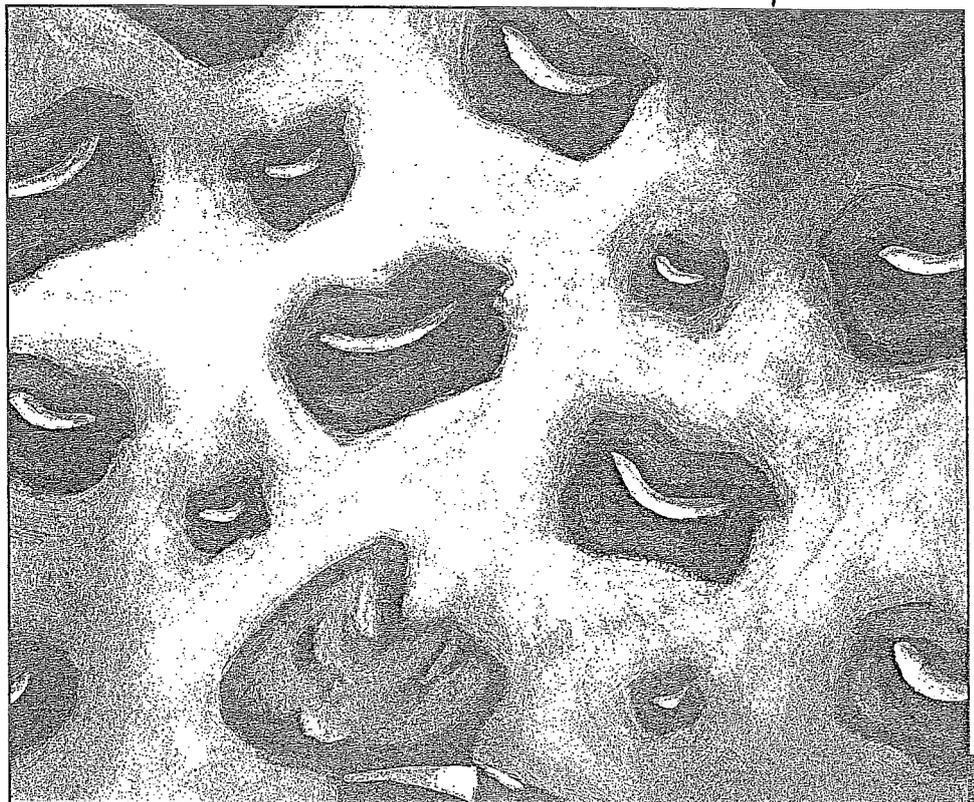
Piel E., Roelandt J. : *De la psychiatrie à la santé mentale*. Rapport de mission. Ministère de la Santé. Paris, novembre 2001.

Salais R. : *Incertitude et convention de travail : des produits aux conventions*. In Orléan A. (Ed) : *Analyse économique des conventions*. PUF, Paris, 1994.

Shortell S., Bazzoli G., Dubbs N., Kralovec P. : *Classifying health networks and systems : managerial and policy implications*. Health Care Manag. Rev., 2000, 25 (4), 9-17.

Strauss A. : *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, L'Harmattan, Paris, 1992.

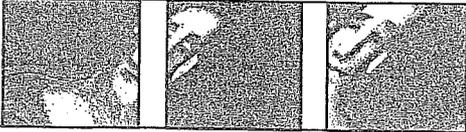
White D., Mercier C., Roy D., Renaud M., Dorvil H., Juteau L. : *Concertation et continuité des soins en santé mentale : trois modèles montréalais*. Nouvelles pratiques sociales, 1992, V (1), 25 - 44.



<sup>1</sup> Cette appellation générique semble présenter le défaut, au-delà de querelles d'écoles, de masquer des différences très importantes en matière de troubles et de maladies et des types de soins qui peuvent y être associés.

<sup>2</sup> Il y existe de très grands réseaux de services de soins privés (gérés directement ou contractuellement par des compagnies spécialisées) et des réseaux publics dans chaque état qui sont assimilables à des systèmes de santé.

<sup>3</sup> La continuité doit être entendue ici comme co-produite par le patient et les soignants et services auxquels il est susceptible d'avoir successivement ou simultanément recours. La capacité ou le désir du patient de recourir aux ressources proposées sont à considérer.



# De projet pilote en projet pilote...

## Une modélisation de réseau en région liégeoise

**Nicole DEMETER,**  
Coordinatrice des Spadi  
et du projet Double Diagnostic de Liège

- Jean-Marie, peux-tu me transmettre ta documentation sur le "case management"?

- Elle date des années 80 ! Je ne suis pas sûr du tout que ça reste d'actualité !

- Quoique, Jean-Marie, quoique...

Quel bail depuis les années 80 ! Une réforme sous l'égide du Ministre BUSQUIN, des reconversions de lits, des formules d'hébergement autres que l'hôpital psychiatrique (habitations protégées, maisons de soins psychiatriques), une version plus citoyenne de la collocation, la PPM (loi de Protection de la personne malade mentale) où les juristes viennent faire contrepoids au pouvoir médical, des plates-formes psychiatriques pour s'approcher, se parler ("Faisons connaissance" propose un module bien connu en psychiatrie) pour dé-stigmatiser l'Autre (qui travaille moins bien que nous, qui a plus de sous que nous, qui a des malades plus faciles que nous), pour travailler ensemble et par dessus tout ça, des projets pilotes...

### Naissance du Spadi

Depuis 1993, dans le vieil hôpital psychiatrique "Volière", devenu le Centre Hospitalier Psychiatrique de Liège et

aujourd'hui le site AGORA, on a beaucoup réfléchi à mettre en route, dans la foulée de la réforme de 90, un projet de soins psychiatriques à domicile, d'hospitalisation psychiatrique à domicile, osait-on le nommer!

Au gré de l'évolution de la reconversion du secteur, du second avis du CNEH, on a ajusté le projet à l'actualité, on l'a mis en commun avec les partenaires locaux qui ont bien voulu répondre présents, en l'occurrence les partenaires de l'A.I.G.S., (Association Interrégionale de Guidance et de Santé) qui rassemble services de santé mentale, centres de réadaptation fonctionnelle, centres de formations professionnelles...

On a revu la copie, on l'a adaptée à l'appel à projets, on l'a relayée par l'association de gestion des initiatives d'habitations protégées et on s'est conventionné avec un de nos nombreux partenaires de coordination de soins à domicile : la CSD (Centrale de Soins à Domicile de Seraing) sans toutefois sacrifier notre leitmotiv :

- Permettre aux plus démunis de vivre en dehors de l'hôpital psychiatrique, d'y revenir le moins possible, le moins abîmé possible, le moins longtemps possible,

Le Spadi est un service de soins psychiatriques à domicile créé à Liège il y a 10 ans.

Le projet est né d'un partenariat entre le Centre Hospitalier Psychiatrique (CHP) et l'Association Interrégionale de Guidance et de Santé (AIGS) qui regroupe plusieurs infrastructures psychiatriques ambulatoires (Centres de Réadaptation Fonctionnelle, Centres de Formation Professionnelle, Services de Santé Mentale...)

Les deux services ont délégué des membres de leur personnel pour constituer une équipe d'une vingtaine de personnes composée de coordinateurs psychiatriques, psychologues, infirmier(e)s et paramédicaux.

Cette équipe pluridisciplinaire accompagne le patient psychotique chronique à sa sortie de l'hôpital pour lui permettre de vivre plus harmonieusement la transition entre les soins en institution et les soins à domicile.

Une équipe hospitalière familière assure au départ les soins psychiatriques à domicile, le temps que se créent de nouveaux liens avec des travailleurs extérieurs.

Le Spadi cherche ainsi à encourager l'autonomie de la personne pour lui permettre, progressivement, de recourir à un service ambulatoire plus léger.

Le secteur hospitalier peut ensuite s'effacer... au gré de l'insertion du patient de sa "rassurance" selon un principe dit de "tissage".

# Témoignages...

- Conserver une relation à la réalité de l'hôpital qui nous oblige à ne pas relever les critères d'accès, à ne pas accepter que seuls des cadres dynamiques - jeunes bien sûr - soient clients ou usagers de nos services !

Et ça marche! Par l'effort consenti de chacun des partenaires. Sur fonds propres, puisque nous n'avons pas été retenus dans les projets sélectionnés par le Ministère ... Tant pis, tant mieux!

Non conventionnés, nous conservons une caractéristique précieuse : la liberté d'être vraiment projet pilote, la liberté de chercher à modéliser nos interventions sur base des besoins perçus des patients, la liberté d'offrir des soins spécialisés indispensables à certains. Mais le prix à payer est le prix fort car si, entre gros partenaires, chacun grignote sur ses fonds propres, de plus petits ne pourraient pas en faire autant.

## Du " Spadi " au " Double diagnostic "

Puisque ça marche..., nous aurions tort de ne pas reproduire l'expérience quand nous sommes sélectionnés comme projet pilote. En octobre 2002, le Ministère Fédéral des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement a sélectionné deux projets, un en Flandre et un en Wallonie, intitulés "Double diagnostic".

L'expérience des SPADI a pu servir de modèle à l'élaboration de ce nouveau réseau qui invite l'hôpital psychiatrique à collaborer avec, au moins, un hôpital général, un centre de santé mentale et une institution ayant une convention INAMI pour répondre aux besoins d'une population

présentant à la fois un trouble psychotique et un problème d'assuétudes.

## Mais qu'est-ce qui marche?

Dans l'un et l'autre projet, une volonté chez les partenaires de s'engager mutuellement à développer une pratique de réseau et à mettre au point des circuits de soins individualisés, sur mesure, adaptés aux besoins des patients.

Une volonté de transformer le concurrent en partenaire. Un réel partage de points de vue entre professionnels situés dans le réseau à des endroits différents, une approche dialectique qui conjugue ces divers points de vue plutôt que les opposer et donc... une réelle modification de nos pratiques de partenariat entre institutions:

- A l'hôpital : dès l'admission, penser la sortie, cibler les partenaires potentiels, favoriser le passage de la relation privilégiée du patient avec le travailleur de l'hôpital vers le travailleur extra-hospitalier (ce que nous appelons le "tuilage");

- Dans l'ambulance, découvrir une patiente lourde et stigmatisée par le handicap de sa maladie, s'engager dans le suivi dès avant la sortie de l'hôpital, en adaptant le service aux besoins du patient, sortir des murs, des rendez-vous "intra muros" si nécessaire, s'inquiéter du patient s'il ne fait plus signe alors qu'il était attendu...

## Comment ça marche?

En établissant des conventions de partenariat entre institutions.

En échangeant le personnel... Aller en "stage" permet à chacun des intervenants de rencontrer

vraiment la réalité de travail de l'autre, de mieux comprendre son point de vue.

En se rencontrant régulièrement pour évaluer la pratique et, selon le vécu sur le terrain, en renvoyant nos modèles d'intervention.

En se rencontrant à deux niveaux : celui des intervenants concernés par le suivi d'un patient, celui des représentants des institutions partenaires.

En communiquant, en osant dire ce qui se vit mal.

En développant une culture commune basée sur la volonté de dépasser ce qui peut nous diviser, nous opposer, basée sur l'ouverture au changement, basée sur le doute.

## Et enfin...

Il nous faut nous entendre sur la fonction du "case management".

Qui peut être "case manager" ? Que lui reconnaît-on comme attribution, comme légitimité d'intervention ? Comment le pose-t-on dans sa mission ? Comment définit-on celle-ci ? Les référents hospitaliers pour la continuité des soins et leurs CLAP (Comités Locaux d'Accompagnement Pluridisciplinaires) peuvent-ils y participer ? Cela, c'est le travail que nous avons à construire ensemble, et pour ce faire, les documents des années 80 de Jean-Marie ne sont peut-être pas obsolètes ! ●



# Le travail en réseau avec les personnes âgées

*Quelques idées (bien) reçues et d'autres qui le sont moins...*

Pierre GOBIET

Psychologue au SSM de Malmédy,  
Coordinateur du Groupe de Réflexion sur les Pratiques de Réseau

## "Accompagner au quotidien, c'est accompagner l'énigme d'autrui"

Cette belle formule est de Paul Fustier, un sociologue français qui, dans la lignée de Bourdieu, a travaillé sur les notions de don et de contre-don dans la relation d'aide. Elle me revient souvent à l'esprit lorsqu'il s'agit d'approcher le travail en réseau avec les personnes âgées, tel que nous essayons de le construire au Centre de Guidance de Malmédy.

Le travail de réseau, c'est en effet d'abord un travail **d'accompagnement**, au sens ancien, féodal du terme : "accompagner, c'est prendre pour compagnon". S'agissant des personnes âgées, le travail d'accompagnement en réseau articule une socialité primaire (famille, voisinage, quartier) et une socialité secondaire (liée aux institutions et basée sur le statut). Il contient ces notions de don et de contre-don, avec cette idée qu'en fait un don n'est jamais gratuit, mais fait partie d'un réseau d'obligations. Selon qu'on s'intéresse (ou non) à la complexité du psychologique, on va produire des modalités d'intervention différentes.

Dans le travail de réseau (et singulière-

ment avec les personnes âgées si souvent aux prises avec ce qu'Alexandre Carlson appelait "l'isolitude"), le travail en réseau relève d'une socialité mixte (primaire et secondaire), qui articule donc des aidants naturels et des intervenants professionnels dans une dynamique de dons et de contre-dons avec la double face du don, contenue déjà dans sa racine étymologique (du grec "dosis" : dose de poison) : le cadeau empoisonné ; s'il n'y a que don, il y a dette, et donc, en l'occurrence lorsqu'on parle de travail à domicile, mise sous contrôle de la personne âgée. Dans ce cas, la personne âgée ne sait pas rendre, ou le contre-don n'est pas accepté, et elle devient dépendante, "endettée d'aide". Et nous en venons ainsi à cette seconde idée :

Le travail en réseau, c'est un travail **d'échange** : recevoir est au moins aussi important que ce que l'on apporte. Si on ne reçoit rien (ou si on ne sait pas recevoir), inutile d'entreprendre.

J'insiste sur ce point parce que trop de travail dit "en réseau", surtout au domicile et surtout avec les personnes âgées, se construit encore sur des modalités du type "Ne vous tracassez pas, nous nous

A l'initiative des CPAS de Malmédy, Walmes et Stavelot, une "Coordination Sociale Personnes âgées" a été créée dans l'arrondissement de Verviers. Le Centre de Guidance de Malmédy y prend une part active en jouant un rôle d'interface entre les institutions résidentielles (maisons de repos, maisons de repos et de soins) et les services à domicile (aide familiale, infirmière...), le secteur public et privé, le travail curatif et préventif etc.

C'est au sein de cette coordination que se laborent depuis quatre ans, les programmes de formation du personnel de l'ensemble des institutions concernées. Ces formations ont permis de nouvelles rencontres, ont favorisé la création de groupes de paroles et d'interventions et ont encouragé de nouvelles collaborations.

Un Groupe de Réflexion sur les Pratiques de Réseau a ainsi pu voir le jour. Il regroupe des acteurs locaux tels que les soins à domicile, la croix-jaune et blanche, les médecins généralistes, les CPAS, les hôpitaux psychiatriques, la gendarmerie... et s'intéresse, notamment à la manière d'améliorer la vie à domicile des personnes présentant des troubles psychiques.

Enfin, une nouvelle association (REVE) a également été créée pour coordonner un travail de réseau autour des soins et des services de première ligne.

En lien avec les préoccupations de la "Coordination Sociale Personnes âgées", elle a réalisé, en 2002, une première recherche-action sur le maintien à domicile ou le placement en institution de la personne âgée dans la région de Malmédy.

# Témoignages...

occupons de tout" avec toutes les dérives de dépossession et de perte d'autonomie. Dans la relation d'aide, et j'ai tendance à le penser encore davantage dans les interventions au domicile, nous sommes débiteurs autant que créanciers...

Le travail en réseau c'est **nécessairement** un travail d'équipe, c'est-à-dire que les intervenants eux-mêmes sont entre eux dans un processus d'échange, de dons et de contre-dons, de débiteurs et de créanciers. C'est ce qu'on appelle souvent la complémentarité, garante d'une certaine efficacité. Mais j'ajoute que la nature de ce qui est échangé doit contenir du **plaisir**, par exemple le plaisir de travailler ensemble: le but n'est évidemment pas "d'avoir bon" sur le dos des personnes âgées, mais que développer, d'abord entre intervenants, des modalités de travail agréables et plaisantes permet sans doute d'optimiser une intervention, voire de réintroduire cette dimension dans des soutiens domiciliaires parfois pesants.

Ce qui est valable au niveau du travail au sein d'une même équipe l'est a fortiori lorsque plusieurs équipes sont amenées à travailler les unes avec les autres : **c'est l'essence même du travail en réseau** : apprendre à travailler les uns avec les autres, être en relation réelle avec les intervenants pour les connaître (autrement que par le nom), découvrir les modalités de fonctionnement d'une institution, ses offres de services, les limites de celles-ci, et, avec le temps, optimiser une offre de soins qui soit vraiment complémentaire, tout en conservant à chaque service son original-

ité et la responsabilité dans la conduite de ses projets. Le travail de réseau permet ainsi l'installation d'une logique d'intervention dans un territoire donné, tout en maintenant la diversité des offres et leur spécificité, mais en évitant les doublons et les initiatives qui sont prises par pure ignorance de ce qui se fait déjà. C'est dépasser la logique autarcique à l'œuvre dans nombre d'institutions qui veut développer au sein d'une même organisation tout ce qu'elle ne fait pas encore, plutôt que de complémentariser son offre de services avec celle des autres institutions du même territoire.

A Malmédy, la logique du travail en réseau avec les personnes âgées est à l'œuvre depuis de nombreuses années : le travail de concertation qu'elle produit a permis de tirer des bénéfices remarquables, qu'il serait trop long d'explicitier ici. Je préfère pointer ce qui reste difficile, et à quoi nous consacrons de l'énergie : dépasser le clivage très puissant entre les services du domicile et ceux du résidentiel, et inclure dans cette dynamique les médecins généralistes qui, à l'instar des autres indépendants, ont du mal à dégager un temps (non rémunéré) pour participer aux coordinations. Mais là aussi, les choses sont en train de changer.

Le travail en réseau c'est aussi la **capacité de perdre son temps**, dans ce décalage violent entre des personnes âgées qui ont bien le temps, du temps à perdre et du temps perdu, du temps à tuer et du temps qui ne meurt pas, et ces intervenants qui n'ont jamais le temps, qui courent après le temps sans vraiment l'attraper, parce que le temps n'attend pas...

Comment développer un travail de réseau si on n'est pas **synchrone**, ce qui dans le cas du travail avec les personnes âgées, demande aux professionnels de réapprendre à perdre leur temps : le temps qu'on pourrait gagner en productivité "brute" n'est gagné qu'au dépend des relations interpersonnelles qui nécessitent que du temps soit perdu. Un ami africain auquel je reprochais (selon mes normes à moi) d'être "toujours en retard" m'a répondu : "C'est ma grand-mère qui m'a appris".

Et si on laissait les personnes âgées, dans un échange de "don / contre-don" bien compris, nous réapprendre l'art du temps à perdre ?

De même, le travail en équipe exige que du temps soit perdu : je veux parler de ces espaces-temps où on ne produit pas vraiment (Fustier parle d'interstices institutionnels), comme les pauses-café par exemple qui permettent les identifications réciproques et l'envie de travailler ensemble.

En dépit de cette "logique de réseau" et son cortège de concepts ("coordination", "gestion", "offre de soin", "concertation",...), le travail de réseau reste pour une large part énigmatique, dans le sens d'un travail difficile à comprendre, à expliquer, et donc à décrire concrètement ?

**Travailler en réseau, c'est travailler l'énigmatique sans jamais l'épuiser** ●