

Institut Wallon pour la Santé Mentale



Enquête par questionnaire sur le travail en réseau en services de santé mentale en Région wallonne

Rapport complet

Chargée de recherche : Isabelle Deliége
Direction : Christiane Bontemps

Août 2008



RÉGION WALLONNE

Avec le soutien du Cabinet du Ministre de la Santé,
de l'Action sociale et de l'Égalité des Chances

Table des matières

INTRODUCTION	5
METHODE	5
CHAPITRE 1: RESULTATS DE LA PARTIE QUANTITATIVE	7
I. RESULTATS GLOBAUX.....	7
A. <i>Description de l'échantillon</i>	7
B. <i>Le réseau au sein de l'échantillon d'étude</i>	10
1) <i>Formes de réseau</i>	13
2) <i>Secteurs partenaires et principaux partenaires</i>	14
3) <i>Conclusion</i>	16
II. ANALYSE PAR RAPPORT A LA TAILLE DE L'EQUIPE.....	18
A. <i>Information sur la taille de l'équipe</i>	18
B. <i>Résultats en fonction de la taille de l'équipe</i>	19
C. <i>Conclusion</i>	23
III. ANALYSE PAR RAPPORT A LA POPULATION PRISE EN CHARGE PAR L'EQUIPE	24
A. <i>Information sur la population prise en charge</i>	24
B. <i>Résultats en fonction de la population prise en charge</i>	25
C. <i>Conclusion</i>	30
IV. ANALYSE PAR RAPPORT A LA LOCALISATION.....	31
A. <i>Information sur la répartition par province</i>	31
B. <i>Résultats en fonction de la répartition par province</i>	32
C. <i>Conclusion</i>	35
CHAPITRE 2: RESULTATS DE LA PARTIE QUALITATIVE	36
I. FACILITATEURS ET OBSTACLES DU TRAVAIL EN RESEAU	36
A. <i>Facilitateurs</i>	36
1) <i>Les réponses</i>	36
2) <i>Fréquence</i>	38
3) <i>Discussion</i>	39
B. <i>Obstacles au travail en réseau</i>	40
1) <i>Les réponses</i>	40
2) <i>Fréquence</i>	42
3) <i>Discussion</i>	43
II. FONCTIONS DES PERSONNES QUI TRAVAILLENT EN RESEAU.....	45
A. <i>Fonction des membres de l'équipe qui travaillent en réseau</i>	45
1) <i>Les réponses</i>	45
2) <i>Les fréquences</i>	46
3) <i>Discussion</i>	47
B. <i>Fonction des personnes désignées pour travailler en réseau</i>	48
1) <i>Les réponses : analyse générale</i>	48
2) <i>La fréquence des fonctions</i>	49
C. <i>Rôle de la personne désignée pour le travail en réseau</i>	50
1) <i>Les réponses</i>	50
2) <i>Discussion</i>	52
III. DEFINITION DU « PUBLIC CIBLE » POUR LE TRAVAIL EN RESEAU.....	53
1) <i>Les réponses</i>	53
2) <i>Les fréquences</i>	53
IV. CONCLUSION INTERMEDIAIRE DE LA PARTIE QUALITATIVE	54
V. LES DEFINITIONS DU RESEAU	56

A.	<i>Définitions</i>	56
1)	Les réponses.....	56
2)	Discussion des résultats.....	57
B.	<i>Interaction entre les différents types de réseaux</i>	58
1)	Le sens du mécanisme d'influence	58
2)	Les éléments mis en avant dans le mécanisme	59
(a)	Les réponses	59
(b)	Leur fréquence	60
C.	<i>Conclusion</i>	61
VI.	LES COLLABORATIONS ET LEURS RAISONS	62
A.	<i>Les raisons des collaborations</i>	62
1)	Rappel : les partenaires principaux	62
2)	Raisons de ces partenariats principaux.....	62
(a)	Les réponses	63
(b)	Leur fréquence	65
(c)	Discussion	67
B.	<i>L'absence de collaboration</i>	67
1)	Les secteurs ou services « non partenaires »	67
(a)	Les réponses	68
(b)	Leur fréquence	69
2)	Raisons de l'absence de collaboration	72
(a)	Les réponses	72
(b)	Leur fréquence	73
(c)	Discussion des résultats	74
C.	<i>Les difficultés de collaboration : les secteurs concernés</i>	75
1)	Préalable	75
2)	Les réponses et remarques concernant l'encodage	75
3)	Fréquence des difficultés de collaboration avec les secteurs.....	76
4)	Fréquence des difficultés de collaboration avec les services.....	77
5)	Comparaison des résultats avec les partenariats (principaux)	78
6)	Comparaison des résultats avec les absences de collaboration.....	78
D.	<i>Conclusions</i>	80
VII.	IMPLICATION DES USAGERS ET DES NON PROFESSIONNELS DANS LE RESEAU	81
A.	<i>Implication du réseau non professionnel et modalités</i>	81
1)	Les réponses.....	82
2)	Fréquence des réponses	84
B.	<i>Implication de l'utilisateur</i>	85
1)	Les réponses.....	85
2)	Leur fréquence	87
C.	<i>Conclusions</i>	88
VIII.	LES INITIATIVES PRISES PAR LES SSM DANS LE RESEAU.....	89
A.	<i>Les réponses</i>	89
B.	<i>Leur fréquence</i>	91

CHAPITRE 3: ANALYSE DES COMMENTAIRES ANNEXES AUX QUESTIONNAIRES.....92

I.	METHODOLOGIE : DEROULEMENT DE L'ENQUETE, QUESTIONNAIRE ET CONDITIONS	93
II.	LA NOUVELLE FONCTION DE LIAISON	93
III.	LE LIEN AVEC LA FONCTION ADMINISTRATIVE ET JOURNALIERE.....	94
IV.	RAPPORTS AVEC LES SSM.....	95
V.	CONCLUSION	95

CONCLUSIONS.....	96
A. <i>Echantillon et représentativité.....</i>	96
B. <i>Définitions et rapports entre types de réseaux.....</i>	96
C. <i>Organisation du travail en réseau.....</i>	97
D. <i>Formes de travail en réseau, secteurs partenaires et facilitateurs.....</i>	98
E. <i>Public et implication des usagers et des non professionnels.....</i>	100
F. <i>Travail en réseau hors territoire / hors SSM.....</i>	100
G. <i>Analyse des commentaires.....</i>	100
H. <i>Limites et perspectives.....</i>	101
ANNEXES :	102
ANNEXE 1 : LETTRE D’ACCOMPAGNEMENT DU QUESTIONNAIRE.....	103
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE SUR LE RESEAU EN SERVICE DE SANTE MENTALE	106

INTRODUCTION

Les premiers résultats présentés ci-dessous proviennent d'une enquête par questionnaire sur les pratiques de réseau en Services de Santé Mentale (SSM), commanditée par le Ministre de la Santé, de l'Action Sociale et de l'Egalité des Chances de la Région wallonne.

Son objectif est de donner un aperçu des pratiques concrètes actuelles de réseau en service de santé mentale, afin de mieux cerner la réalité qu'elle recouvre.

Cette enquête s'inscrit aussi dans le contexte d'une réflexion sur la création d'une fonction de liaison au sein des services de santé mentale.

Ceci constitue le rapport d'exploitation des données issues des questionnaires et de leurs annexes.

Il comprend trois parties :

- l'exploitation quantitative des questions fermées
- l'exploitation qualitative des questions ouvertes
- l'analyse des annexes au questionnaire fournies par les SSM.

METHODE

Suite au travail sur les pratiques de réseau en santé mentale réalisé par l'Institut Wallon pour la Santé Mentale, un **questionnaire** sur les pratiques de réseau des services de santé mentale a été élaboré en collaboration avec l'administration et le cabinet du Ministre de la Santé, de l'Action Sociale et de l'Egalité des Chances, à leur demande.

Les questionnaires ont été envoyés par courrier à l'ensemble des Services de Santé Mentale de Wallonie, ainsi que par email, à tous les services qui disposent d'une adresse électronique connue. L'envoi a été réalisé par l'administration de la Région wallonne fin décembre 2007-début janvier 2008. Le questionnaire était accompagné d'une lettre (cfr annexe 1) présentant le contexte dans lequel cette démarche s'inscrit : le projet de création d'une « fonction de liaison » au sein des services de santé mentale.

Le questionnaire (cfr exemplaire en annexe 2) est composé de 22 questions fermées et de 20 questions ouvertes, qui ont fait l'objet d'un traitement spécifique chacune.

Les **questions fermées** ont été encodées. Elles ont ensuite été traitées statistiquement à l'aide du logiciel « Epi-Info », en réalisant des analyses de fréquences et des moyennes, sur la population globale puis en sous-groupes, en fonction de la taille de l'équipe, de la population et de la localisation par province. Une hypothèse étant que le travail en réseau peut varier en fonction de ces différents éléments.

Les réponses aux **questions ouvertes** ont quant à elles été retranscrites puis analysées de manière à élaborer des catégories de réponse. Celles-ci peuvent s'appuyer sur les pistes de réflexion et de réponse proposées en annexe au questionnaire, le cas échéant. Pour la plupart des questions, les réponses ont ensuite été encodées en fonction de ces catégories, afin de donner une idée de leur importance relative.

Etant donné la masse considérable d'informations recueillies au travers de ce questionnaire et les délais impartis au travail, nous avons procédé en deux temps. Certaines questions ont été traitées en priorité dans un premier rapport intermédiaire. Elles portent sur différents aspects qui semblent les plus directement liés à la fonction de liaison à mettre en œuvre :

- les facilitateurs et les obstacles au travail en réseau,
- les fonctions des personnes qui travaillent en réseau dans l'équipe ou sont désignées « responsables » des contacts avec ce dernier et le rôle de ces personnes
- la population pour laquelle les SSM travaillent davantage en réseau.

La synthèse des résultats de cette première partie est reprise dans une conclusion intermédiaire de la partie qualitative (point V).

Ces premiers résultats ont été restitués et discutés avec des représentants du terrain (de l'Association des Pouvoirs Organiseurs de Services de Santé Mentale en Wallonie, de l'Association des Travailleurs en Santé Mentale Ambulatoire et de la Ligue Wallonne pour la Santé Mentale, membres de l'IWSM) lors d'une réunion de travail. Les questions et remarques soulevées à cette occasion ont été intégrées à la discussion des résultats.

Le reste des questions ouvertes a ensuite été traité dans un second temps et réparti en trois grandes thématiques :

- les collaborations et leurs raisons : y compris les raisons des absences de collaboration, les secteurs concernés et les difficultés de collaboration
- les modalités d'implication des non professionnels et des usagers
- les initiatives prises par les SSM en matière de réseau.

Enfin, les **annexes** fournies par les Services de Santé Mentale, en plus du questionnaire (courrier, mail, commentaires), ont été analysées à l'aide d'une grille reprenant leur objet, les arguments avancés, les enseignements à en tirer et les solutions suggérées. Une synthèse de leur contenu figure à la fin du rapport.

Chapitre 1: RESULTATS DE LA PARTIE QUANTITATIVE

I. Résultats globaux

A. Description de l'échantillon

	% (DS ¹)	moyenne	médiane ² (min-max)
Répartition provinciale (n= 77)			
- Brabant Wallon (n=8)	10.4		
- Hainaut (n= 22)	28.6		
- Namur (n= 11)	14.3		
- Liège (n= 31)	40.3		
- Luxembourg (n= 5)	6.5		
Modalité de réponse (n=77)			
- papier	44.2		
- mail	55.8		
Taille d'équipe, exprimée en heures de travail (n=73)		199.37	189.63
	(99.08)		(43-640)
Dossiers « enfants » dans le SSM (n=67)		39.65	40
	(26.35)		(0-100)

Tableau 1 Description de l'échantillon

L'**unité** reprise pour l'analyse ici est le questionnaire.

La cible de l'échantillon (ceux à qui a été envoyé le questionnaire) correspond à la population d'étude elle-même.

83 questionnaires ont été envoyés par courrier aux Service de Santé Mentale et 77 réponses ont été reçues. Cependant, il faut noter que les centres ont pu reproduire le questionnaire.

Parmi les réponses, quelques SSM ont rentré plusieurs questionnaires par siège, un par équipe (le plus souvent en distinguant l'équipe enfant de l'équipe adulte), ce qui leur confère alors plus de place au sein de l'échantillon. Ces équipes sont, selon les cas, reconnues comme telles par la Région wallonne (avec un numéro d'agrément spécifique) ou non (distinction « informelle » et propre à l'organisation du centre).

Chaque questionnaire ne correspond donc pas nécessairement à un numéro d'agrément. Parfois aussi des équipes d'un même SSM, qui ont plusieurs numéros d'agrément, ont répondu ensemble sur un questionnaire. En fonction des données fournies, le numéro d'agrément a pu être identifié pour 69 des 77 SSM répondants et quelques questionnaires (au nombre de deux) correspondent à deux numéros d'agréments différents (les 2 équipes ayant répondu ensemble). Notons qu'en Région wallonne, on compte à ce jour 114 numéros d'agrément de services de santé mentale³.

Dans ce contexte, il n'est donc pas possible de calculer réellement un **taux de réponse** exact. Cependant, il peut être approché. Si on fait la proportion entre le nombre de questionnaires envoyés par la poste et le nombre de questionnaires reçus, on obtient un taux de 92.8%. Si on

¹ Déviation standard ou écart-type : mesure de la dispersion d'une série d'observations statistiques par rapport à leur moyenne.

² Médiane : valeur centrale de la distribution de données

³ Cadastre des Services de Santé Mentale, Région Wallonne 2007

calcule la proportion entre le nombre de répondants et le nombre de numéros d'agrément (sachant que les unités ne correspondent pas nécessairement non plus), on obtient 67.5%. Le taux de réponse se situerait donc dans cette fourchette.

Il est intéressant d'examiner les caractéristiques de l'échantillon (comme la répartition par province, la taille, la proportion d'enfants) par rapport à l'ensemble des SSM en Région wallonne.

Répartition provinciale de l'échantillon :

La répartition de l'échantillon par province peut être confrontée au cadastre des SSM, réalisé par la Région wallonne⁴. Le cadastre 2007 reprend dans sa description, un nombre total de 57 SSM agréés pour la Région wallonne (RW), répartis comme suit (ils sont présentés en regard du nombre de répondants par province dans l'échantillon):

Province	Nombre de SSM agréés en RW	% en RW	% l'échantillon	Nombre de répondants dans l'échantillon
Brabant Wallon	6	10,5%	10.4%	8
Hainaut	19	33,3%	28.6%	22
Namur	7	12,3%	14.3%	11
Liège	21	36,8%	40.3%	31
Luxembourg	4	7,0%	10.5%	5
Total	57	100,0%	100,00%	77

Tableau 2 Répartition par province des SSM dans l'échantillon et en Région Wallonne

Dans l'ensemble, la répartition par province de l'échantillon est proche de celle de l'ensemble des sièges en Région wallonne. Toutefois, on observe une légère sur-représentation de la population pour les provinces de Liège, de Namur et de Luxembourg dans l'échantillon. Inversement, la province du Hainaut est ici quelque peu sous-représentée.

Modalité de réponse :

Plus de la moitié des SSM ont utilisé l'outil informatique pour répondre au questionnaire et le renvoyer par mail.

Il faut mentionner que tous les centres ont été appelés⁵ et qu'à cette occasion, ils ont été encouragés à utiliser ce format, ce qui a pu contribuer à ce résultat.

Il s'agit peut-être là d'un résultat à prendre en considération au niveau des modes de communication envisagés avec les services.

Taille d'équipe :

La taille d'équipe moyenne dans notre échantillon, exprimée en heures de travail est de 199.37 heures. Cela correspond à 5.25 ETP. La Région wallonne avait constaté une moyenne de 4.89 ETP dans son cadastre 2007.

Cette légère différence s'explique peut-être du fait que, dans le questionnaire, la taille de l'ensemble de l'équipe était demandée, en ce compris le personnel hors cadre (qui n'apparaît pas dans les données de la Région wallonne).

Notons que la taille d'équipe de base, reprise par le décret est de 2.4 ETP, soit 91.2 heures. Nous sommes donc, dans la réalité, en moyenne au-dessus de l'équipe minimale prévue.

⁴ Cadastre des services de santé mentale – Région wallonne 2007.

⁵ Afin de signaler une erreur dans le formulaire informatique

Dossiers enfants :

Dans notre échantillon, le pourcentage moyen de dossiers enfants est de 39% alors que sur l'ensemble de la Région wallonne, il est de 41, 53%⁶.

Il est donc très légèrement inférieur à la moyenne dans notre échantillon. Notons qu'il y a 64 répondants pour 77 questionnaires pour cette question, soit un taux de non réponse de 16%. Et la dispersion des résultats autour de la moyenne et de la médiane est importante : les résultats varient de 0 à 100%.

La participation à l'enquête est donc assez bonne et l'échantillon présente des caractéristiques similaires à l'ensemble de la population des SSM. Il semble donc relativement représentatif de la population. Toutefois, il est difficile de situer l'échantillon en termes de positionnement par rapport au sujet. Nous ne connaissons pas les motivations des répondants mais on peut faire l'hypothèse que ceux qui ont répondu sont ceux qui se sentent le plus concernés par les questions de réseau et la nouvelle fonction de liaison. Il faudrait, pour le vérifier, interroger ceux qui n'ont pas répondu à l'enquête.

⁶ P. Minotte, « L'offre adressée aux moins de 18 ans dans les services de santé mentale en Région wallonne », Institut Wallon pour la Santé Mentale, 11 mars 2008.

B. Le réseau au sein de l'échantillon d'étude

	%	Moyenne (DS)	Médiane (min-max)
Définition du réseau (n=77)			
- réseau clinique	7.8		
- réseau institutionnel	0		
- les 2	92.2		
Facilitation de l'un par l'autre (n=75)	98.7		
Formes de réseaux pratiqués (n=76) :		8	9 (4-12)
- relais entre services	96.1		
- situations cliniques	97.4		
- concertation informelle	73.7		
- partenariats conventionnés	72.7		
- case management ou plan de service individualisé	33.8		
- projet commun entre partenaires	85.7		
- réunions communes	97.4		
- supervision	66.2		
- connaissances personnelles de certains membres	74		
- présentation du service	92.2		
- échange de personnel	18.2		
- autres	18.2		
Nombre de secteurs partenaires des SSM		11	12 (6-13)
Implication du réseau non professionnel (n=66)			
- Oui	53		
- Oui conditionnel (parfois, c'est possible si)	28.8		
- Non	18,2		
Personnel du service impliqué dans le réseau (n=75) :			
- personne	0		
- tout le monde	88		
- une ou plusieurs personnes	12		
Une ou plusieurs personnes nommées « responsables » des contacts avec le réseau (n=74)	50		
Formalisation du travail en réseau dans le SSM (n=74)	66.2		
Modalités de formalisation (n=50)			
- par convention	30		
- par accord autour d'outils et ou procédures	2		
- autres	2		
- par convention et accord	44		
- par convention et autres	6		
- par accord et autres	4		
- par convention, accord et autres	12		
Fonctionnement en réseau comme politique du SSM (n=74)	95.9		
- oui	68,8		
- parfois	28,6		
SSM « impulseur » d'initiatives de réseaux (n=77)	97.4		
Travail en réseau en dehors des limites du territoire (n=74)	78.4		
Proportion de travail en réseau en dehors des limites du territoire (par rapport à l'ensemble du travail en réseau) (n=37)		17.5 (15.4)	10 (1-80)
Travail en réseau à l'extérieur du SSM (% par rapport à l'ensemble du travail en réseau) (n=56)		37.9	30 (5-82)
Public privilégié pour un travail en réseau (n=75)	89.3		
Implication des usagers dans le travail en réseau (n=75)	94.7		

Tableau 3 Modalités de travail en réseau

Préalablement à l'interprétation de ces données, il convient de constater que le nombre de répondants (indiqué par « n=... » entre parenthèses après chaque item) varie selon les questions. Pour certaines, il n'est pas très élevé, notamment pour les modalités de formalisation, la proportion de travail en réseau en dehors du territoire et celle à l'extérieur du SSM. Dans ce cas, ces résultats obtenus peuvent être moins représentatifs de l'ensemble de la population.

Concernant la **définition du réseau**, les répondants sont plutôt d'accord (92.2%) avec la définition proposée qui inclut à la fois le travail autour d'une situation (« réseau clinique ») et le travail indépendant d'une situation (« réseau institutionnel »). Seuls 7.8% le définissent uniquement comme le réseau clinique. Notons cependant qu'un biais a pu être induit dans la question par la présence de la définition du réseau à partir des travaux de l'IWSM en introduction (qui nous paraissait cependant nécessaire pour préciser de quoi le questionnaire voulait traiter) et le lien avec la question suivante sur la facilitation d'un type de réseau par l'autre.

Quasi l'ensemble des répondants trouve que le travail en réseau au niveau « institutionnel » peut **faciliter** le travail en réseau clinique et vice versa.

Avec une moyenne de 8 **formes différentes** de réseaux au sein de l'échantillon, un minimum de 4 et un maximum de 12, il convient de souligner que les SSM citent beaucoup de formes de réseau différentes. Cela laisse également supposer une réalité relativement diversifiée de travail en réseau d'un service à l'autre, voire d'une situation à l'autre.

Quant au nombre de **secteurs** cités comme partenaires, il y en a en moyenne 11, avec des réponses variant entre 6 et 13. Ce qui montre que les services de santé mentale travaillent avec beaucoup de secteurs différents. Cependant cette question ne fournit pas d'informations quant à l'ampleur et l'intensité du partenariat : cela peut signifier qu'ils ont au moins déjà travaillé une fois avec ce secteur ou qu'ils s'envoient régulièrement plusieurs dizaines de cas. Cet aspect sera approfondi à l'aide de la question des partenaires principaux plus loin.

Quant à la place du **réseau non professionnel** (c'est-à-dire l'entourage, les groupes de self-help, etc.), la majorité des services déclarent l'impliquer : 53% répondent par un oui ferme et 28 % disent qu'ils peuvent parfois l'impliquer ou à certaines conditions (si c'est nécessaire, moyennant l'accord du patient, etc.). Ces résultats seront approfondis avec l'analyse détaillée des réponses dans la partie qualitative.

En ce qui concerne le **personnel du service impliqué dans le travail en réseau**, une large majorité (88%) déclare que tout le monde y est impliqué. Pour les autres (12%), il s'agit d'une ou plusieurs personnes. Aucun n'a répondu « personne ».

Dans le même ordre d'idée, une ou plusieurs personnes sont désignées « **responsables** » **des contacts avec le réseau** dans la moitié des services. Cet élément est intéressant pour la mise en œuvre d'une fonction de liaison et son exercice par une seule personne ou sa répartition entre plusieurs personnes.

Pour ce qui est de la **formalisation** du réseau, 47 SSM sur 74 (répondants), soit 63.5% déclarent qu'il y a une formalisation de leur pratique de réseau. Ce résultat qui témoigne d'une certaine formalisation des pratiques de réseau en Service de Santé Mentale est intéressant à mettre en lien avec certaines réactions plus prudentes qu'on a pu voir au niveau

des centres de santé mentale par rapport à l'imposition de modalités particulières de formalisation du réseau, comme dans les projets thérapeutiques pour patients chroniques et complexes au niveau fédéral⁷.

Le détail de ces **modalités de formalisation** montre qu'il repose sur des conventions signées entre partenaires et un accord sur un certain nombre d'outils ou de procédures communes (44% des répondants). Les conventions, seules ou couplées aux accords ou à d'autres éléments, sont tout de même citées dans 92% des cas, contrairement aux accords (seuls ou avec les autres formes) qui ne le sont que dans 62% des cas. Ce résultat s'appuie sur 50 réponses, soit 67% de l'échantillon et un peu plus que ceux qui déclarent avoir formalisé leurs pratiques. Il semble indiquer une relative formalisation du travail en réseau en service de santé mentale. Cependant, il n'est pas précisé combien de partenariats cette formalisation concerne pour chaque centre.

La quasi totalité des SSM affirme que le fonctionnement en réseau est inscrit dans la **politique de l'institution** et que le service **impulse des initiatives** de réseau, même si 28% ne le font que « parfois ».

Et 88% d'entre eux déclarent impliquer **le réseau non professionnel**, si on additionne les oui francs et les « oui conditionnels » (qui portent souvent sur l'accord, la volonté du patient ou la nécessité par rapport à la situation).

Concernant l'inscription **territoriale** du SSM, les trois-quarts d'entre eux déclarent réaliser une partie du travail en réseau à l'extérieur de leur territoire (mais signalons que les limites de celui-ci ne sont peut-être pas toujours définies très clairement). Ils estiment que cela représente en moyenne 17.5% par rapport à l'ensemble de leur travail en réseau. Cependant, différentes réserves doivent être émises par rapport à ce chiffre : d'une part, il s'agit d'une appréciation subjective de l'équipe puisqu'ils ne disposent normalement pas de données enregistrées à ce niveau. De plus, on note une grande dispersion des réponses (écart-type de 15) et des variations très importantes d'un service à l'autre (de 1 à 80%). Notons enfin que cette question enregistre un taux important de non réponse (52%) car elle ne s'appuie que sur 37 questionnaires. Il faut donc prendre ce résultat avec la plus grande précaution.

Enfin, pour une large majorité de centres (89%), il existe un **public** privilégié pour le travail en réseau et la quasi totalité des répondants (95%) déclare **impliquer les usagers** dans le travail en réseau. L'analyse des réponses à la question 16. b) qui porte sur la manière dont cette implication des usagers se traduit concrètement apportera un éclairage complémentaire à ce niveau dans la seconde partie du rapport.

Parmi les différents points évoqués ici, les formes de réseau et les secteurs partenaires vont maintenant être approfondis.

⁷ « Réactions aux projets thérapeutiques », in *Confluences*, n° 15, décembre 2006.

1) Formes de réseau

Le graphique suivant illustre la fréquence des différentes formes de réseau au sein de l'échantillon.

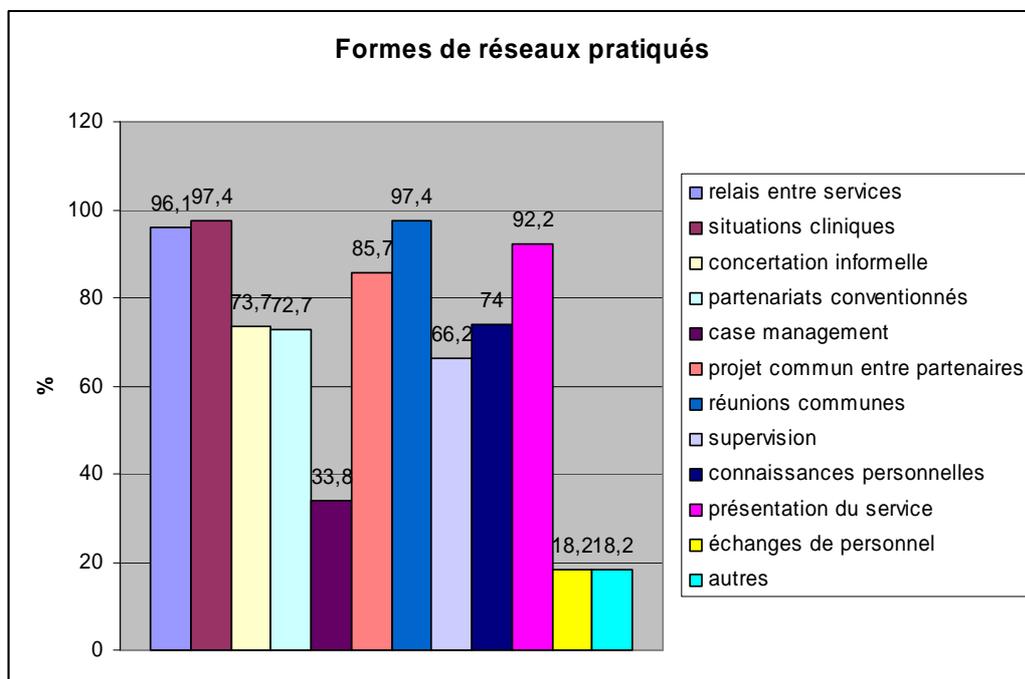


Figure 1 formes de réseaux pratiqués au sein de l'échantillon

On remarque que les 4 formes de travail en réseau les plus communes, citées par plus de 90% des répondants, sont :

- les relais entre services
- la participation à des réunions sur des situations cliniques communes
- la participation à des réunions qui ne traitent pas de cas spécifiques (p. ex. plate-forme de concertation, coordination locale, ...)
- les rencontres autour de la présentation de services.

Les formes les moins courantes (aux alentours de 20-30%) sont quant à elles :

- les outils communs comme le case management et le plan de service individualisé
- l'échange de personnel entre services ou institutions
- autres

Dans cette catégorie « autres », seuls 8 de ceux qui l'ont coché (sur 14) apportent des précisions. Ces réponses mentionnent :

- la clinique de la concertation (3), méthode particulière de réunion de concertation autour d'un cas, en présence ou non de l'utilisateur
- le travail avec la personne et son réseau naturel ou le travail avec des groupes d'utilisateurs (2) : notons que dans l'intitulé des réponses proposées, il est vrai qu'il était plutôt question d'acteurs, de manière générale, sans référence directe à l'utilisateur ou au bénéficiaire.

- la formation d'intervenants (1)
- les rencontres avec d'autres professionnels lors de journées d'études, colloques (1)

2) Secteurs partenaires et principaux partenaires

Deux questions portent sur les partenaires des SSM dans le réseau : la première demande d'indiquer les secteurs avec lesquels ils travaillent en réseau (sans spécifier de « quantité minimale » de travail en réseau), la seconde porte sur les 3 secteurs avec lesquels ils travaillent le plus. Les résultats de ces deux questions sont assez contrastés comme l'indique le tableau ci-dessous.

	Cité comme partenaire % (n=77)	Cité parmi les partenaires principaux % (n=77)	Cité comme Part. 1 % (n=74)	Cité comme Part. 2 % (n=71)	Cité comme Part. 3 % (n=73)
Secteurs proposés :					
- secteur scolaire	85.7	63.3	43.2	19.7	5.5
- services sociaux	96.1	31.6	8.1	15.5	11
- services de la petite enfance	83.1	7.6	5.4	1.4	1.4
- aide à la jeunesse	93.5	39.2	6.8	19.7	16.4
- justice et police	89.6	15.2	8.1	2.8	5.5
- soins de santé ambulatoire	97.4	31.6	13.5	14.1	17.8
- soins de santé résidentiels	90.9	1.3	0	0	1.4
- troisième âge	41.6	2.5	1.4	1.4	0
- handicap	90.9	17.7	1.4	7	11
- santé mentale ambulatoire	97.4	27.8	5.4	12.7	13.7
- santé mentale intra-muros	94.8	21.5	6.8	5.6	11
- emploi-formation	72.7	3.8	0	0	4.1
- ressources associatives	70.1	1.3	0	0	1.4

Tableau 4 Secteurs partenaires du travail en réseau

La 1^{re} colonne indique que les SSM ont beaucoup de partenaires de secteurs différents et qu'ils travaillent avec quasi tous les secteurs. En effet même les secteurs les moins cités comme partenaires à ce niveau, comme le troisième âge, l'emploi-formation et les ressources associatives sont tout de même cités par 40 à 70% des SSM.

Le *tableau 4* nous montre que les secteurs les plus cités comme **partenaires**, tous SSM confondus, sont, par ordre d'importance :

1. les soins de santé ambulatoires
la santé mentale ambulatoire
2. les services sociaux
3. la santé mentale intra-muros
4. l'aide à la jeunesse
5. les soins de santé résidentiels
le handicap

Mais les différences entre ces sept secteurs sont minimes puisqu'ils ont tous entre 90 et 100% des services de santé mentale qui les citent comme partenaires.

La plupart des secteurs (excepté le troisième âge, et dans une moindre mesure, l'emploi et les ressources associatives) sont cités comme partenaires par une large portion de l'échantillon.

Les **partenaires cités parmi les 3 principaux** apportent davantage d'information sur l'intensité des collaborations avec chaque secteur.

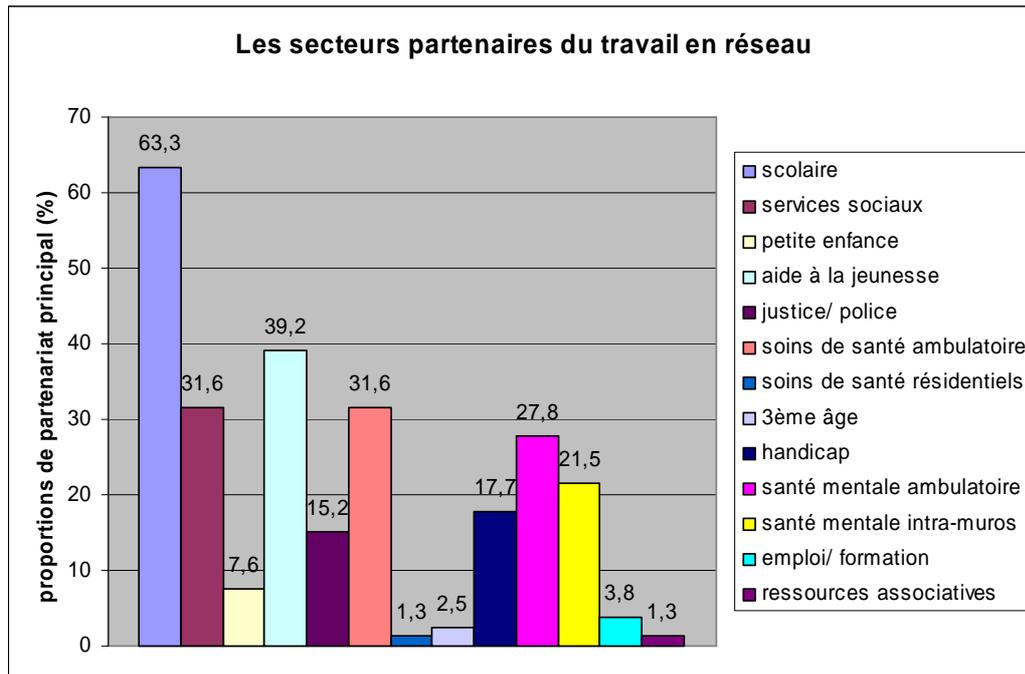


Figure 2 Les principaux secteurs partenaires des SSM

La figure 2 ci-dessus est l'illustration des résultats repris dans le tableau 4 (deuxième colonne).

Dans le questionnaire (en annexe, question 3.b), il était demandé aux services de citer les 3 secteurs principaux parmi leurs partenaires, et ce, en précisant l'ordre : 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} position.

La figure 2 nous montre que les secteurs les plus cités comme partenaires principaux, tous SSM confondus, sont, par ordre d'importance :

1. le secteur scolaire
2. l'aide à la jeunesse
3. les services sociaux
les soins de santé ambulatoires
4. la santé mentale ambulatoire
5. la santé mentale intra-muros

Les secteurs les moins cités comme partenaires principaux sont :

1. les ressources associatives
2. le troisième âge
les soins de santé résidentiels
3. l'emploi-formation

Les différences entre secteurs se marquent ici davantage et l'ordre d'importance des secteurs est différent. Cela reflète, aux dires des professionnels des associations de SSM rencontrés, davantage la réalité des SSM.

De la même manière, on note parfois dans le *tableau 4* des écarts importants entre la fréquence à laquelle un secteur est cité comme partenaire et celle à laquelle il est cité comme partenaire principal. Il en va ainsi pour la police / justice (89 contre 15%), les soins de santé résidentiels (91 contre 1%) ou le handicap (91 contre 18%).

On peut aussi détailler ces principaux partenaires, selon qu'ils sont cités en premier, en deuxième ou en troisième lieu. Ne sont repris dans la *figure 3* ci-dessous que les secteurs cités par plus de 15% de SSM dans leurs 3 partenaires principaux. Il s'agit d'une illustration du *tableau 4*.

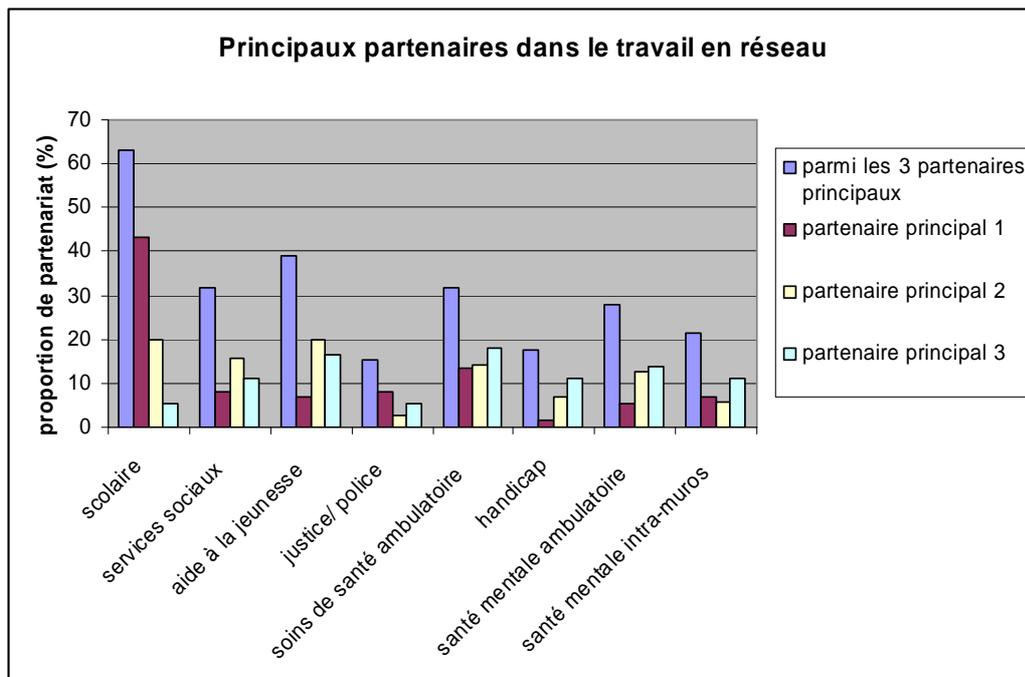


Figure 3 Principaux partenaires dans le travail en réseau

Les secteurs repris ici sont cités en première, deuxième ou troisième priorité de partenariat. De manière générale, la répartition entre les trois niveaux de partenariat n'est pas fort dessinée.

Un secteur sort cependant du lot : le **secteur scolaire**. Représentant au départ le secteur le plus souvent cité, il est le partenaire principal pour lequel la première position prime sur les autres de manière plus significative. Nous pouvons observer la tendance inverse dans les secteurs « handicap » et « soins de santé ambulatoire » plus souvent cités en tant que troisième partenaire principal. Les services sociaux et l'aide à la jeunesse sont pour leur part plus souvent cités en tant que deuxième partenaire principal.

3) Conclusion

Pour conclure cette partie, on soulignera la **diversité des secteurs** partenaires des services de santé mentale. Il apparaît que la majorité d'entre eux collabore (au moins un peu) avec

presque tous les secteurs. Les « parents pauvres » de ces partenariats en SSM sont les secteurs du troisième âge (comme cela a déjà été noté à de nombreuses reprises), de l'emploi / formation et les ressources associatives. Notons que ces deux derniers secteurs ne figurent pas comme tels sur les fiches de rapport d'activités et les fiches épidémiologiques de la région wallonne où les SSM encodent habituellement leurs collaborations ; et si les SSM ne sont peut-être pas habitués à les considérer séparément, cela peut aussi avoir influencé le résultat. En outre, on peut, si on veut avoir une idée de l'ampleur relative du partenariat avec chaque secteur, s'intéresser aux résultats des partenaires principaux. Deux secteurs supplémentaires apparaissent alors comme faisant l'objet de moins de collaborations : les soins de santé résidentiels et la petite enfance (cité par moins de 10% des SSM comme faisant partie des 3 partenaires principaux).

Quant aux **formes du travail** en réseau, on constate une **grande diversité** à ce niveau : les centres ont généralement une multitude de formes de travail en réseau différentes. Et il faut noter que ces différentes formes sont ici « globalisées » dans les analyses, au sens où il était impossible de demander pour chaque question quelle forme précise de travail en réseau elle concerne. Ce qui pourrait éventuellement être approfondi ultérieurement par d'autres biais que le questionnaire. Il serait par exemple intéressant de pouvoir mettre en lien la forme du travail en réseau et les partenaires, ce qui n'est malheureusement pas possible à partir de ces données. On pourrait ainsi investiguer quelle forme et quel type de travail en réseau les SSM développent avec quel secteur. Il pourrait également être intéressant de mettre en lien les formes de travail en réseau avec les différentes missions des SSM (réseau clinique et consultations, réseau institutionnel et mission de prévention et formation etc. ?)

De manière générale, le nombre de **personnes impliquées** dans le travail en réseau au sein de l'équipe (« tout le monde » dans 88% des cas) est important à prendre en considération dans l'optique de la mise en œuvre d'une fonction de liaison. La place des relations personnelles tissées par chacun au sein du réseau semble importante à considérer également. L'analyse qualitative sur les fonctions des personnes qui travaillent en réseau viendra compléter cet éclairage dans la seconde partie.

Il est aussi intéressant de remarquer que dans la moitié de l'échantillon, ils ont désigné **une ou plusieurs personnes responsable(s) des contacts avec le réseau**. Cependant l'intitulé de la question ne donne pas toutes les précisions sur la situation : elle laisse deux possibilités, c'est-à-dire qu'il s'agisse d'une ou de plusieurs personnes, elle ne précise pas non plus s'il s'agit du réseau clinique ou institutionnel. Ici aussi, l'analyse qualitative des sous-questions liées (10.B et 10.C, qui précisent leur fonction et leur rôle) viendra compléter l'analyse.

Enfin, il semble important de tenir compte de la **formalisation** du réseau développée dans deux tiers des SSM et qui semble principalement basée sur des conventions. Cependant, le questionnaire ne permet pas de connaître davantage l'ampleur de cette formalisation dans les SSM : par exemple ont-ils au moins une convention avec un partenaire ou ont-ils formalisé l'ensemble de leurs partenariats ?

II. Analyse par rapport à la taille de l'équipe

Précisons en introduction que cette analyse en fonction de la taille de l'équipe porte sur une **analyse descriptive** des fréquences dans différents sous-groupes constitués au sein de l'échantillon en fonction de la taille de l'équipe. Il n'est dès lors pas possible d'en tirer des interprétations de cause à effet. Elle offre toutefois une photo intéressante des services de santé mentale en fonction de la taille de leur équipe. Cette remarque est également valable pour les analyses par rapport à la population prise en charge et à la localisation, qui suivront.

A. *Information sur la taille de l'équipe*

	%	Effectif	Médiane(min-max)	Moyenne (DS)
Taille d'équipe en heures totales de travail (n=73)			189.62 (43 – 640)	199.37 (99.08)
Groupes de tailles d'équipe (n=73):				
- petite	11	8		
- moyenne	43.8	32		
- grande	45.2	33		

Tableau 5 Taille des SSM

Trois **sous-groupes** ont été formés :

- petite équipe : taille inférieure ou égale à l'équipe de base telle que définie dans le décret, c'est-à-dire 2.4 équivalents temps plein (ETP) ou 91.2h
- équipe moyenne : plus grande que l'équipe de base (91.2h) et plus petite ou égale à la taille moyenne des équipes de l'échantillon (soit 199.37h ou 5.25 ETP)
- grande équipe : plus grande que la moyenne de l'échantillon (199.37h)

Dans l'échantillon d'étude, on observe une **variation importante** de la taille, qui va de 43h à 640h. La présence de très petites équipes pourrait partiellement être liée au fait que certains questionnaires ont été complétés par des « initiatives spécifiques », qui sont définies dans le cadastre comme se caractérisant « par le caractère novateur ou expérimental soit au niveau du public visé soit au niveau des méthodologies »⁸, par exemple pour la prise en charge d'auteurs d'infractions à caractère sexuel, de toxicomanes, de personnes réfugiées, de personnes âgées,.... On dénombre notamment dans les petites équipes de notre échantillon, une équipe Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel et une équipe « assuétudes ». Mais cela ne constitue pas la seule explication car on compte aussi 3 SSM dits « généralistes » dans la catégorie « petite équipe ».

De plus, les 3 sous-groupes ne sont pas équilibrés en termes d'effectifs puisque les petites équipes ne représentent que 8 unités et 11% de l'échantillon.

⁸ Cadastre des services de santé mentale, Région wallonne, 2007.

B. Résultats en fonction de la taille de l'équipe

Secteurs partenaires	% (n=77)	Petite équipe % (n=8)	Equipe moyenne %(n=32)	Grande équipe %(n=33)
Formes de réseaux pratiqués :				
- relais entre services	96.1	100	90.6	100
- situations cliniques	97.4	100	93.8	100
- concertation informelle	73.7	75	65.6	81.8
- partenariats conventionnés	72.7	87.5	65.6	75.8
- case management	33.8	75	37.5	24.2
- projet commun entre partenaires	85.7	100	84.4	84.8
- réunions communes	97.4	100	96.9	97
- supervision	66.2	75	56.3	75.8
- connaissances personnelles de certains membres	74	87.5	62.5	78.8
- présentation du service	92.2	100	90.6	90.9
- échange de personnel	18.2	12.5	18.8	18.2
- autres	18.2	37.5	21.9	12.1
Secteurs partenaires				
- secteur scolaire	85.7	75	84.4	90.9
- services sociaux	96.1	100	96.9	93.9
- services de la petite enfance	83.1	62.5	81.3	90.9
- aide à la jeunesse	93.5	87.5	90.6	100
- justice et police	89.6	87.5	90.6	90.9
- soins de santé ambulatoire	97.4	100	100	93.9
- soins de santé résidentiels	90.9	100	93.8	87.9
- troisième âge	41.6	50	40.6	45.5
- handicap	90.9	100	84.4	93.9
- santé mentale	97.4	100	93.8	100
- santé mentale intra-muros	94.8	100	87.5	100
- emploi-formation	72.7	100	62.5	75.8
- ressources associatives	70.1	75	68.8	69.7
Formalisation du travail en réseau dans le SSM (n=74)	66.2 (47)	75 (8)	60 (30)	69.7 (33)
Modalités de formalisation (n=50)				
- par convention	30	17	25	40
- par accord autour d'outils et ou procédures	2	0	5	0
- autres	2	0	0	0
- par convention et accord	44	67	50	35
- par convention et autres	6	17	0	9
- par accord et autres	4	0	10	17
- par convention, accord et autres	12	0	10	0
Fonctionnement en réseau comme politique du SSM (n=74)	95.8	100	96.8	93.8
Personnel du service impliqué dans le réseau :	(n=75)	(n=8)	(n=32)	(n=31)
- personne	0	0	0	0
- tout le monde	66	100	81.3	93.5
- une ou plusieurs personnes	9	0	18.8	6.5
Une ou plusieurs personnes nommées « responsables » des contacts avec le réseau	(n=74)	(n=8)	(n=30)	(n=32)
	50	75	43.3	46.9

Tableau 6 Modalités de travail en réseau selon la taille d'équipe

	Moyenne (DS)	Médiane (min-max)
Nombre de formes de réseau		
- échantillon total (n=76)	8.25	9 (4-12)
- petite équipe (n=8)	10.75	9.5 (1-12)
- équipe moyenne (=32)	7.84	8 (4-11)
- grande équipe (n=33)	8.39	9 (5-10)
Nombre de secteurs partenaires		
- échantillon total	11	11 (6-13)
- petite équipe	11.37	11.5 (9-13)
- équipe moyenne	10.75	11 (7-13)
- grande équipe	11.33	12 (6-13)
Proportion de travail en réseau en dehors de l'enceinte du SSM		
- échantillon total	37.9	30 (5-82)
- petite équipe (n=8)	40.62 (27.44)	30 (15-80)
- équipe moyenne (n=25)	33.66 (26.45)	30 (5-80)
- grande équipe (n=30)	40.67 (26.51)	28 (10-82)
Proportion de travail en réseau hors territoire du SSM (n=55)	17.5 (15.4)	10 (1-80)
- petite équipe	9.6 (4)	10 (5-15)
- équipe moyenne	15.4 (8.8)	13.5 (1-25)
- grande équipe	21.3 (20.7)	15 (3-80)

Tableau 7 Caractéristiques du réseau selon la taille de l'équipe

Concernant les pratiques de réseau, **de manière générale**, les résultats totaux ne varient pas beaucoup selon la taille de l'équipe (voir *tableau 6*). Les petites équipes ne semblent en tout cas pas pénalisées par leur taille au niveau du travail en réseau qu'elles arrivent à réaliser. Peut-être aussi parce qu' « elles n'ont pas le choix et que tout le monde doit s'y impliquer », comme le suggérait la discussion des résultats avec les professionnels de SSM. Le travail en réseau peut être vital, quand le service dispose lui-même de peu de ressources⁹.

Pour les formes de réseau,

- les petites équipes semblent avoir un *fonctionnement en réseau plus commun* entre elles : 5 formes de réseau sont citées unanimement par les petites équipes comme pratiques courantes.
- la taille de l'équipe *n'influence pas le nombre de formes* de réseau pratiquées. Nous aurions pourtant pu penser que la taille d'équipe influence positivement le nombre de formes de réseau pratiquées par les SSM. Mais le *tableau 7* montre au contraire que le nombre moyen de pratiques de réseau par service varie peu selon la taille de l'équipe. Ce sont les équipes les plus petites qui ont en moyenne le plus de pratiques différentes de réseau dans leur travail.
- Quelques tendances varient tout de même en fonction de la taille de l'équipe : le recours au *case management et autres outils* de réseau est beaucoup plus présent dans les petites équipes (2 fois plus que dans l'échantillon global). Cela pourrait peut-être être lié au fait que les missions spécifiques (AICS, toxicomanie), qui peuvent avoir davantage développé ces outils, se retrouvent dans les petites équipes : mais ce serait à vérifier. Dans une moindre mesure, les *connaissances personnelles* de certains membres et les présentations de services y sont un petit peu plus présentes aussi.

⁹ Cfr Deliége I., Bontemps C. (dir), *Travailler en réseau en santé mentale*, Rapport de recherche IWSM, octobre 2007.

- Une seule tendance est moins présente au sein des petites équipes : *l'échange de personnel*. Et c'est compréhensible, s'ils en disposent déjà de peu...

Concernant les **secteurs partenaires**,

- *Pas de grande variation* dans les groupes de taille concernant le nombre moyen de secteurs partenaires.
- On note toutefois une légère variation positive des partenariats avec le *secteur scolaire, de l'aide à la jeunesse et de la petite enfance* en fonction de la taille. Les grandes équipes travaillent davantage avec eux que les petites et les moyennes. Il serait intéressant de vérifier quel est le public de ces petites équipes, pour voir si cela ne peut pas expliquer ce résultat.
- A l'inverse, on observe une légère variation négative en fonction de la taille pour la *collaboration avec les services sociaux, soins de santé résidentiels et ressources associatives*. Les petites équipes travaillent un tout petit peu plus avec eux que les autres.

On n'observe **pas de grande variation** dans les groupes de taille concernant :

- le travail en réseau en tant que *politique de l'équipe* (mais il faut dire qu'il y a peu de variation à ce niveau au sein de l'ensemble de l'échantillon).
- le travail en réseau en dehors des *limites du territoire* du SSM.

Par contre, certaines **variations** peuvent être observées à certains niveaux :

- Si la proportion de **formalisation du travail en réseau** ne varie pas beaucoup selon la taille d'équipe, nous pouvons par contre observer quelques tendances quant aux formes qu'elle prend. Ainsi, les petits SSM ont plus tendance à cumuler la formalisation du réseau par convention et par accord. Les SSM de plus grande taille sont ceux qui formalisent le plus exclusivement par convention (39.1% d'entre eux).
- **l'implication de l'équipe dans le travail en réseau** : toute l'équipe est impliquée dans les petites équipes. Les résultats sont plus nuancés pour les équipes de taille moyenne (où un peu moins d'un cinquième disent qu'une ou plusieurs personnes sont impliquées) et pour les grandes équipes.
- De plus, les petites équipes nomment plus facilement une personne « **responsable** » du travail en réseau que les autres (6 équipes sur 8) et les équipes de taille moyenne ou grandes utilisent moins de la moitié du temps une personne référente, comme l'illustre la *Figure 4*.

Cette information est peut-être à mettre en lien avec les résultats concernant la l'importance du réseau sous forme de case management ou plan de service individualisé repris dans le tableau 6.

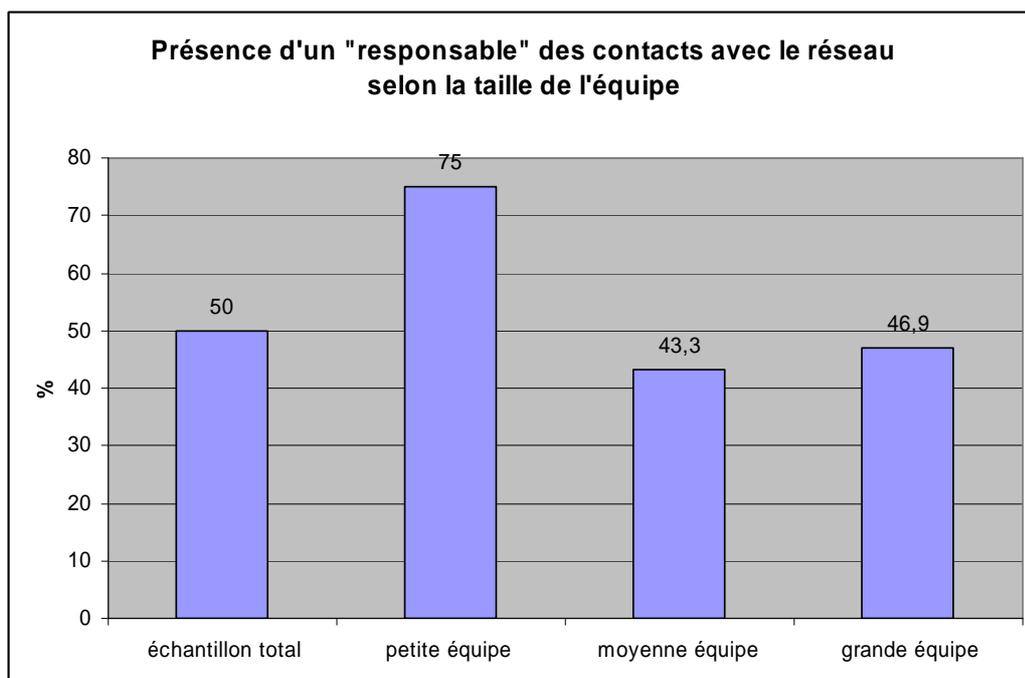


Figure 4 Présence d'un "responsables des contacts réseau" selon la taille de l'équipe

Nous constatons que, dans les petites équipes, l'implication plus importante de tous les membres de l'équipe dans le réseau va de pair avec la désignation plus courante de responsable(s) des contacts de réseau. Cela pourrait paraître étonnant, voire contradictoire. Quant aux **pistes d'explication possibles** évoquées lors de rencontres avec le terrain, on peut penser que, dans les petites équipes, tout le monde doit peut-être davantage assurer différentes tâches et « faire un peu de tout », en ce compris le travail en réseau. Et si une personne est désignée comme « responsable des contacts avec le réseau », cela n'empêche pas nécessairement que, dans la pratique, tout le monde s'en occupe un peu également. En outre, le fait de déterminer ou non une personne responsable des contacts avec le réseau dépend peut-être autant des modes de fonctionnement et des cultures de chaque SSM que de la taille de l'équipe. Dans certains services, il est par exemple courant de désigner l'assistante sociale pour aller présenter son service à l'extérieur. A ce niveau (personne désignée), il convient probablement de distinguer les choses en fonction des formes de réseau dont il est question : par exemple le travail autour de situations cliniques (relais, réunion autour d'un cas, ...) et les autres formes de réseau.

Concernant la proportion de travail en réseau en dehors du territoire du SSM

- Elle *varie* selon la taille de l'équipe (dans un rapport du simple au double) : plus l'équipe est petite plus la proportion de travail en réseau réalisée en dehors du territoire est importante, comme le montre la figure 5. Dans la discussion des résultats avec les représentants de SSM, ce résultat apparaît comme assez logique : avec moins de ressources, il semble plus difficile de développer des partenariats avec des entités plus éloignées géographiquement. A l'inverse, plus on dispose de ressources dans l'équipe, plus on peut développer les partenariats (pas seulement en quantité mais aussi en qualité) au sein du réseau. S'il faut cependant rester prudent par rapport à ce résultat basé sur une appréciation subjective, notons qu'il concorde avec les résultats d'une autre recherche basée sur l'analyse en groupe des pratiques de réseau dans le

secteur de la santé mentale en général, qui montrent que l'absence de moyen incite à développer le travail en réseau et le fait d'en disposer permet de donner plus d'ampleur au travail en réseau¹⁰.

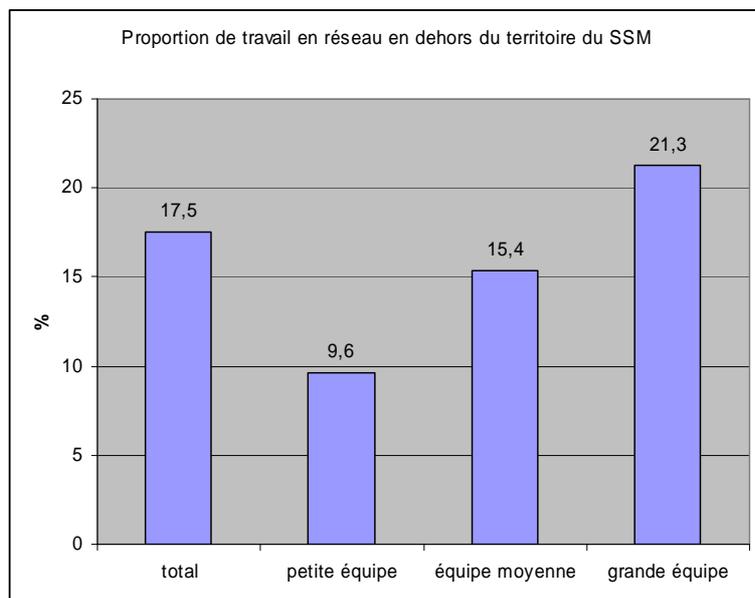


Figure 5 Travail en réseau en dehors du territoire SSM

C. Conclusion

Il y a donc peu de variation en fonction de la taille de l'équipe, en tout cas quasi pas au niveau du nombre moyen de **formes de fonctionnement en réseau**. Toutefois, le recours à des outils comme le case management et le plan de service individualisé apparaît plus important dans les petites équipes de notre échantillon.

Au niveau des **secteurs partenaires**, si on n'observe pas de variation du nombre de secteurs partenaires en fonction de la taille. Certains secteurs semblent plus souvent partenaires dans les grandes équipes : école, aide à la jeunesse, petite enfance. Mais il faut voir si le public de ces équipes ne peut pas avoir influencé les résultats.

Au niveau des **personnes impliquées** dans le travail en réseau, il s'agit plus fréquemment de toute l'équipe dans les petits services. Par contre, ceux-ci sont également plus nombreux à déclarer désigner un responsable des contacts avec le réseau.

Enfin, la proportion de **travail en réseau en dehors du territoire** du SSM varie aussi selon la taille de l'équipe : elle est davantage développée dans les grandes équipes.

Mais rappelons à nouveau qu'il convient de rester prudent face à ces résultats, surtout ceux provenant de petits groupes, comme les petites équipes.

¹⁰ Cfr Deliège I., Bontemps C. (dir), *Travailler en réseau en santé mentale*, Rapport de recherche IWSM, octobre 2007.

III. Analyse par rapport à la population prise en charge par l'équipe

A. *Information sur la population prise en charge*

Pour former les groupes de répondants en fonction de la population, nous sommes partis du constat suivant : quelques SSM travaillent essentiellement avec des enfants (équipes enfants officielles « article 10 » ou informelles), quelques SSM travaillent essentiellement avec des adultes et une grande majorité d'entre eux travaille avec un public mixte. Et pour l'ensemble de la région wallonne, le pourcentage moyen de dossiers enfants (moins de 18 ans) est de 44.5%¹¹.

Trois sous-groupes ont été formés en fonction du pourcentage de dossiers enfant.

- adultes : moins de 33 % de dossiers enfants
- mixte : de 33 à 66% de dossiers enfants
- enfants : plus de 66 % de dossiers enfants

Les chiffres de 33% et 66% sont bien entendu arbitraires. Ils permettent d'identifier les SSM ayant plus de 2/3 de leur population composée d'enfants. Avec une moyenne de 44.5% en Région Wallonne, considérer les SSM ayant plus de la moitié d'enfants n'aurait pas été très parlant et aurait donné lieu à des groupes très hétérogènes. Les regrouper de la manière choisie permet entre autres de ne pas avoir un groupe de « SSM enfants » trop petit, qui n'aurait pas eu beaucoup de représentativité.

Notons aussi que pour les répondants se désignant spécifiquement comme « équipe enfant », nous leur avons attribué un pourcentage fictif de 100% d'enfants.

	%	n	Moyenne (DS)	Médiane (min-max)
Proportion de dossiers enfants dans l'équipe Population au sein des SSM (n=67)			39.65 (26.35)	40 (0-100)
- adultes	32.8	22		
- mixtes	53.7	36		
- enfants	13.4	9		

Tableau 8 Répartition de la population dans l'échantillon

La majorité des SSM qui ont répondu se situent dans la catégorie mixte. Quasi un tiers d'entre eux ont une population essentiellement adulte et 13 % une population essentiellement enfant.

¹¹ P. Minotte, « L'offre adressée aux moins de 18 ans dans les services de santé mentale en Région wallonne », Institut Wallon pour la Santé Mentale, 11 mars 2008.

B. Résultats en fonction de la population prise en charge

Les deux tableaux suivants présentent les résultats (fréquences et moyennes) concernant le travail en réseau en fonction des différents sous-groupes de population.

	% échantillon	Equipe Adulte (n=22)	Equipe mixte (n=36)	Equipe Enfant (n=9)
Formes de réseaux pratiqués (n=76):				
- relais entre services	96.1	100	94.4	100
- situations cliniques	97.4	95.5	97.2	100
- concertation informelle	73.7	59.1	83.3	75
- partenariats conventionnés	72.7	81.8	72.2	77.8
- case management	33.8	54.5	33.3	22.2
- projet commun entre partenaires	85.7	77.3	94.4	77.8
- réunions communes	97.4	95.5	97.2	100
- supervision	66.2	54.5	77.8	55.6
- connaissances personnelles de certains membres	74	59.1	83.3	66.7
- présentation du service	92.2	95.5	88.9	88.9
- échange de personnel	18.2	27.3	11.1	0
- autres	18.2	22.7	11.1	44.4
Secteurs partenaires cités (n=77)		(n=22)	(n=36)	(n=9)
- secteur scolaire	85.7	54.5	100	100
- services sociaux	96.1	90.9	100	88.9
- services de la petite enfance	83.1	50	97.2	100
- aide à la jeunesse	93.5	77.3	100	100
- justice et police	89.6	81.8	97.2	100
- soins de santé ambulatoire	97.4	100	97.2	88.9
- soins de santé résidentiels	90.9	95.5	91.7	77.8
- troisième âge	41.6	31.8	50	22.2
- handicap	90.9	81.8	97.2	77.8
- santé mentale ambulatoire	97.4	100	97.2	100
- santé mentale intra-muros	94.8	100	91.7	100
- emploi-formation	72.7	86.4	69.4	55.6
- ressources associatives	70.1	68.2	66.7	66.7
Secteurs partenaires privilégiés				
- secteur scolaire	63.3	22.7	83.3	100
- services sociaux	31.6	45.5	33.3	11.1
- services de la petite enfance	7.6	0	2.8	33.3
- aide à la jeunesse	39.2	4.5	50	77.8
- justice et police	15.2	31.8	11.1	0
- soins de santé ambulatoire	31.6	36.4	33.3	0
- soins de santé résidentiels	1.3	0	0	0
- troisième âge	2.5	0	2.8	0
- handicap	17.7	4.5	19.4	11.1
- santé mentale ambulatoire	27.8	50	38.9	22.2
- santé mentale intra-muros	21.5	50	11.1	22.2
- emploi-formation	3.8	13.6	0	0
- ressources associatives	1.3	4.5	0	0
Implication du réseau non professionnel ¹² (n=66)	88,8	88.2	85.3	100

¹² Les « oui » et les « oui à condition que » sont ici globalisés.

Personnel du service impliqué dans le réseau:	(n=75)	(n=21)	(n=35)	(n=9)
- personne	0			
- tout le monde	66	76.2	94.3	77.8
- une ou plusieurs personnes	9	23.8	5.7	22.2
Une ou plusieurs personnes nommées « responsable(s) » des contacts avec le réseau	(n=74)	(n=21)	(n=35)	(n=8)
	50	66.7	37.1	50
Formalisation du travail en réseau dans le SSM	63.5(n=74)	85(n=20)	62.9(n=35)	55.6(n=9)
Modalités de formalisation (n=50)		(n=19)	(n=23)	(n=6)
- par convention	30	26.3	30.4	33.3
- par accord autour d'outils et ou procédures	2	0	4.1	0
	2	0	0	16.7
- autres	44	57.9	43.5	16.7
- par convention et accord	6	0	13	0
- par convention et autres	4	5.3	0	16.7
- par accord et autres	12	10.5	8.7	16.7
- par convention, accord et autres	0	0	0	0
Fonctionnement en réseau comme politique du SSM	(n=74)	(n=22)	(n=34)	(n=8)
	95.9	95.9	94.1	100
SSM « impulseur » d'initiatives de réseaux	(n=77)	(n=22)	(n=36)	(n=9)
	97.4	95.5	97.2	100
Public privilégié pour un travail en réseau (n=75)	89.3			
Implication des usagers dans le travail en réseau (n=75)	94.7			

Tableau 9 Modalités de travail en réseau selon la population

Découpage selon la population prise en charge	Moyenne (DS)	Médiane (min-max)
Nombre de formes de réseau		
- échantillon total (n=76)		
- équipe adulte (n=22)	8.23 (1.63)	8.5 (5-12)
- équipe mixte (n=36)	8.44 (1.38)	9 (5-11)
- équipe enfant (n=8)	8 (1.6)	8.5 (5-10)
Nombre de secteurs partenaires		
- échantillon total	11	12 (6-11)
- équipe adultes (n=22)	10.18	10 (6-13)
- équipe mixte (n=36)	11.55	12 (7-13)
- équipe enfants (n=9)	10.78	11 (6-13)
Proportion de travail en réseau en dehors de l'enceinte du SSM		
- échantillon total	37.9	30 (5-82)
- équipe adultes (n=17)	42.65 (25.25)	50 (5-80)
- équipe mixte (n=24)	42.11 (26)	32.5 (10-82)
- équipe enfants (n=8)	25.19 (29)	9.5 (5-75)
Proportion de travail en réseau en dehors du territoire du SSM (n=34)		
- échantillon total	17.5 (15.4)	10 (1-80)
- équipe adultes (n=12)	13 (7.6)	12.5 (1-25)
- équipe mixte (n=19)	18.6 (13.5)	12.5 (3-50)
- équipe enfants (n=3)	12 (11.7)	10 (2-25)

Tableau 10 Modalités de travail en réseau selon la population : moyennes

De manière générale, les résultats ne varient pas énormément en fonction de la population prise en charge :

- Le *nombre de formes de réseau* ne varie pas réellement en fonction de la population du service.
- Le nombre moyen de *secteurs partenaires* ne montre pas une grande différence en fonction de la population prise en charge.

Au niveau de la **nature des formes de travail en réseau** :

- L'échange de personnel est plus courant dans les équipes adultes.
- Les connaissances personnelles sont un peu moins fréquemment citées dans les équipes adultes et enfants que la moyenne.
- La concertation informelle est moins fréquente que la moyenne dans les équipes adultes.
- Le recours au case management ou au plan de service individualisé est plus fréquent que la moyenne dans les équipes adultes et moins dans les équipes enfants.
- Les partenariats conventionnés sont plus courants que la moyenne dans les équipes adultes, mais aussi dans les équipes enfants.

Ceci amène à s'interroger sur le degré de **formalisation** dans les équipes adultes, mixtes ou enfants en se demandant si le réseau n'est pas davantage formalisé dans les équipes adultes.

Et en effet, le pourcentage de formalisation du travail en réseau (c'est-à-dire le nombre de SSM qui déclare avoir formalisé ses pratiques de travail en réseau) est plus élevé (85 %) dans les SSM ayant une population adulte, que dans les SSM au public mixte (62.9%) et enfants (55,6%). On pourrait faire une hypothèse au niveau de la formalisation plus importante chez les adultes : ces SSM développent peut-être des méthodes et des outils spécifiques, davantage formalisés, notamment le Plan de Service Individualisé et le Case Management.

La proportion de travail en **réseau en dehors de l'enceinte même du SSM** varie essentiellement entre les équipes enfants et les autres. Les équipes enfants semblent en moyenne indiquer un pourcentage moins élevé de travail à l'extérieur du SSM (par rapport à l'ensemble du travail en réseau) que les autres.

Dans la discussion des résultats avec des représentants du secteur, il est apparu que si on poussait la logique plus loin, cela reviendrait à dire que les équipes adultes semblent plus mobiles, ce qui peut paraître étonnant. On aurait en effet pu s'attendre à ce que les équipes travaillant avec les enfants soient amenées à se déplacer davantage à l'extérieur pour le travail en réseau. Dans l'échange avec les professionnels de terrain, il apparaît par exemple que les partenaires des services enfants, issus du secteur scolaire, comme le PMS peuvent aussi se déplacer au SSM (parfois plus que l'inverse) et que les échanges avec les professeurs se font souvent par téléphone (à moins qu'une observation de l'enfant ne soit nécessaire). D'après eux, la façon de travailler avec les partenaires pourrait également différer en fonction du public. De plus, la mise en œuvre des projets thérapeutiques fédéraux, qui implique souvent pour les SSM de se déplacer à l'extérieur pour les réunions de concertation concernant ces patients ou ces projets, pourrait peut-être déjà avoir influencé ce résultat¹³ : comme les SSM ne disposent généralement pas de locaux permettant d'accueillir 15-20 personnes, les réunions de concertation se font souvent en dehors.

¹³ Notons qu'il est difficile d'évaluer leur impact réel vu que nous ne connaissons pas le pourcentage de situations concernées par ces projets thérapeutiques en SSM par rapport à la population totale des SSM actuellement.

La proportion de travail en réseau **en dehors du territoire couvert par le SSM** ne varie pas beaucoup selon la population. Par ailleurs, il s'agit déjà d'un résultat peu observé dans les SSM en général (il concerne moins de la moitié des répondants, soit 37 services).

Concernant **l'implication des non professionnels** dans le réseau, on n'observe quasi pas de différence : ils sont juste un peu plus impliqués dans les équipes enfants. D'après la discussion avec les professionnels, ce résultat se conçoit facilement si on considère que les parents de l'enfant sont souvent impliqués quasi automatiquement.

Quant à l'implication des **professionnels de l'équipe dans le travail en réseau**, les équipes mixtes déclarent plus fréquemment que tout le monde est concerné.

C'est essentiellement la **nature des secteurs partenaires**, et plus encore des secteurs partenaires prioritaires, qui varie en fonction du public. Le tableau 9 indique que :

- les services spécifiquement destinés aux enfants (le secteur scolaire, la petite enfance et, dans une moindre mesure, l'aide à la jeunesse) sont nettement moins cités comme partenaires dans les équipes adultes (entre 50 et 77%), alors que les moyennes pour la population générale se situent aux alentours des 85 à 90%.
- De la même manière, l'emploi/ formation est beaucoup moins souvent partenaire dans les équipes enfants.

Quand on examine les **partenaires privilégiés**, les variations entre sous-groupes sont importantes aussi, comme l'indiquent les trois graphiques ci-dessous, reprenant les partenaires privilégiés pour chacun.

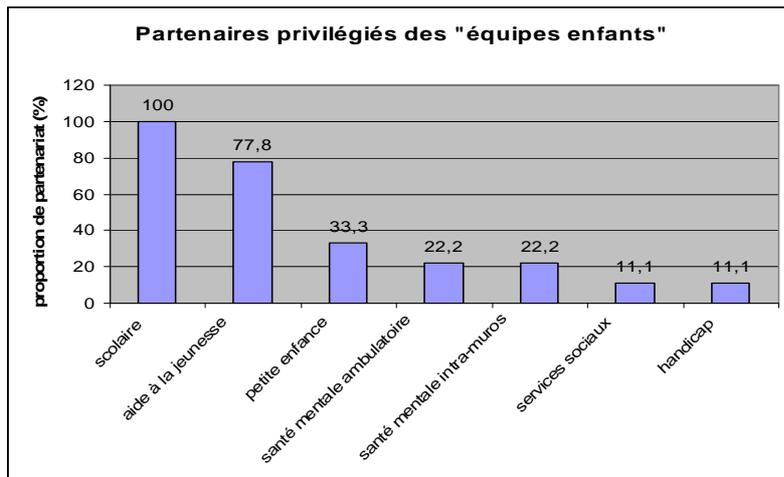


Figure 6 partenaires privilégiés des "équipes enfants"

Dans les équipes prenant en charge plus d'enfants, assez logiquement, l'école, l'aide à la jeunesse et la petite enfance sont les 3 partenaires privilégiés.

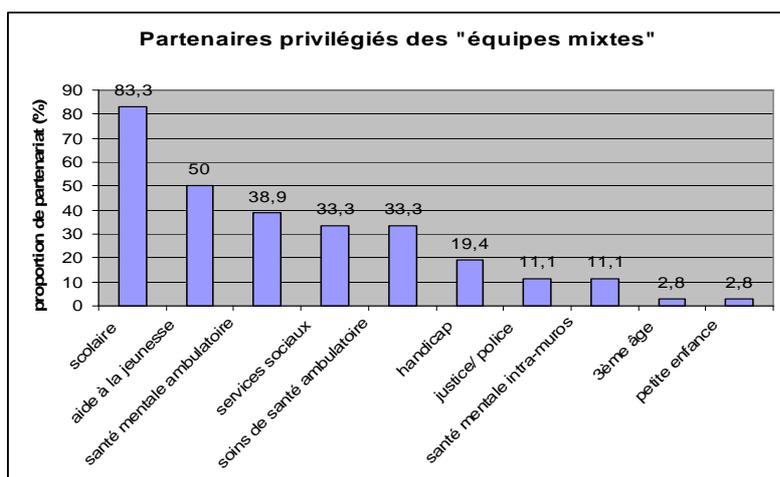


Figure 7 Partenaires privilégiés des "équipes mixtes"

Dans les équipes mixtes, l'école et l'aide à la jeunesse restent en tête mais sont suivies de la santé mentale ambulatoire, des services sociaux et des soins de santé ambulatoire.

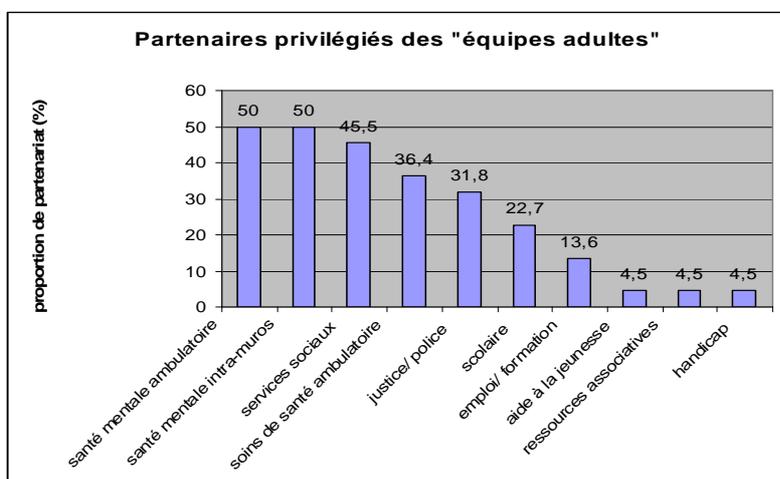


Figure 8 Partenaires privilégiés des "équipes adultes"

Dans les équipes « adultes », les partenaires principaux sont tout à fait différents : on trouve la santé mentale ambulatoire et intra-muros ex-aequo en premier partenaire. Ils sont suivis des services sociaux et des soins de santé ambulatoire, comme dans les équipes mixtes.

De manière générale en examinant les trois graphiques, on constate que :

- les équipes adultes et mixtes ont plus de partenaires privilégiés différents que les équipes enfants
- les partenaires privilégiés varient en fonction de la population prise en charge
- les partenaires privilégiés sont plus uniformes chez les enfants que chez les adultes, où ils sont plus variés.

A nouveau, il faut noter que ces données ne permettent pas de quantifier la part de travail en réseau, (p. ex. le temps qui y est consacré) en fonction du public, comme cela est apparu dans

les discussions des résultats. Se contenter de demander si les services travaillent oui ou non en réseau avec un secteur présente bien entendu des limites. Toutefois, une éventuelle quantification semble bien difficile voire impossible : mesurer le temps qui y est consacré ou la fréquence des contacts ne donne pas d'appréciation de la qualité du travail.

C. Conclusion

Le réseau apparaît comme **davantage formalisé** dans les équipes adultes que dans les équipes mixtes ou enfants. Cela transparaît autant dans les déclarations de formalisation des pratiques des équipes que dans la fréquence de certaines formes de réseau qui varient en fonction de la population cible. Ce résultat s'applique aux concertations informelles, moins fréquentes dans les équipes adultes, mais aussi au case management, aux partenariats conventionnés et à l'échange de personnel, qui y sont plus courants.

On note aussi une variation dans la proportion de travail en **réseau en dehors de l'enceinte même du SSM** : elle est moindre dans les équipes enfants.

Ce sont essentiellement les **secteurs partenaires** qui varient, et plus encore les partenaires principaux : l'école et l'aide à la jeunesse sont en tête dans les équipes enfants et mixtes. Tandis que la santé mentale ambulatoire et intra-muros constitue, avec les services sociaux, les partenaires principaux des équipes adultes.

Mais rappelons à nouveau qu'il convient de rester prudent face à ces résultats, surtout ceux provenant de petits groupes (en l'occurrence le groupe enfants).

IV. Analyse par rapport à la localisation

A. *Information sur la répartition par province*

Les SSM de l'échantillon ont été répartis par province, afin d'examiner la variation des résultats à ce niveau. Comme cela a déjà été mentionné dans la description de l'échantillon, la répartition de l'échantillon par province est relativement similaire à la répartition de l'ensemble des services de santé mentale sur le territoire.

Cependant, il faut rester prudent dans l'interprétation des résultats, étant donné le nombre parfois peu élevé de services sur lequel les résultats de l'enquête se basent : seulement 5 au Luxembourg, 8 en Brabant Wallon (B.W.) et 11 dans le Namurois.

Par ailleurs, il peut être utile de signaler qu'une dizaine de services appartenant au même pouvoir organisateur en région liégeoise ont répondu un questionnaire par équipe ou par mission spécifique (soit 15 questionnaires, ce qui représente quasi la moitié des répondants en région liégeoise dans notre échantillon, alors qu'en réalité, les SSM relevant de ce P.O. représentent plus ou moins un tiers de l'ensemble des numéros d'agrément en province de Liège¹⁴). Ils nous ont signalé avoir mis leur réponse en commun, ce qui peut augmenter l'homogénéité des réponses dans cette région.

	B.W.	Hainaut	Namur	Liège	Luxbg.
Nombre de SSM dans l'échantillon (n=77)	8	22	11	31	5
Répartition de l'échantillon en %	10.4	28.6	14.3	40.3	6.5
Nombre de SSM agréés en RW	6	19	7	21	4
Répartition en RW en %	10,5	33,3	12,3	36,8	7

Tableau 11 Répartition de la localisation dans l'échantillon et dans l'ensemble des SSM wallons

¹⁴ Soit 15 numéros d'agrément sur 47

B. Résultats en fonction de la répartition par province

	%	B.W.	Hainaut	Namur	Liège	Luxbg.
Répartition (n=77)		10.4	28.6	14.3	40.3	6.5
Formes de réseaux pratiqués (n=77):						
- relais entre services	96.1	100	95.5	90.9	96.8	100
- situations cliniques	97.4	100	90.9	100	100	100
- concertation informelle	73.7	100	68.9	90.9	64.5	75
- partenariats conventionnés	72.7	75	59.1	63.6	87.1	60
- case management	33.8	12.5	27.3	18.2	54.8	0
- projet commun entre partenaires	85.7	87.5	95.5	90.9	77.4	80
- réunions communes	97.4	95.5	95.5	100	96.8	100
- supervision	66.2	75	59.1	90.9	61.3	60
- connaissances personnelles de certains membres	74	75	77.3	90.9	61.3	100
- présentation du service	92.2	87.5	90.9	100	90.3	100
- échange de personnel	18.2	25	9.1	9.1	29	0
- autres	18.2	25	9.1	18.2	25.8	0
Implication du réseau non professionnel (n=66)	53					
Personnel du service impliqué dans le réseau:	(n=75)	(n=7)	(n=21)	(n=11)	(n=31)	(n=5)
- personne						
- tout le monde	88	100	100	90.9	77.4	80
- une ou plusieurs personnes	12			9.1	22.6	20
Une ou plusieurs personnes nommées « responsables » des contacts avec le réseau	(n=74)	(n=6)	(n=21)	(n=11)	(n=31)	(n=5)
	50	33.3	38.1	27.3	67.7	60
Formalisation du travail en réseau dans le SSM	(n=74)	(n=8)	(n=21)	(n=10)	(n=31)	(n=4)
	63.5	75	66.7	40	71	25
Modalités de formalisation (n=50)		(n=6)	(n=15)	(n=5)	(n=22)	(n=2)
- par convention	30	16.7	60	40	13.6	
- par accord autour d'outils et ou procédures	2			20		
- autres	2					50
- par convention et accord	44	50	26.7		68.2	
- par convention et autres	6		6.7	20		50
- par accord et autres	4				4.5	
- par convention, accord et autres	12	33.3	6.7	20	13.6	
Fonctionnement en réseau comme politique du SSM	(n=74)	(n=8)	(n=22)	(n=9)	(n=31)	(n=4)
	95.9	100	90.9	100	96.8	100
Travail en réseau en dehors des limites du territoire	(n=74)	(n=8)	(n=21)	(n=11)	(n=29)	(n=5)
	78.4	87.5	71.4	63.6	89.7	60
Public privilégié pour un travail en réseau (n=75)	89.3					
Implication des usagers dans le travail en réseau (n=75)	94.7					

Tableau 12 Modalités de travail en réseau selon la localisation

Découpage selon la province des SSM	Moyenne (DS)	Médiane (min-max)
Nombre de formes de réseau		
- échantillon total (n=76)	8	9 (4-12)
- Brabant Wallon (n=8)	8.62	9 (6-10)
- Hainaut (n=22)	7.77	8 (5-11)
- Namur (n=11)	8.63	9 (7-10)
- Liège (n=31)	8.45	9 (4-12)
- Luxembourg (n=4)	7.5	8 (5-9)
Nombre de secteurs partenaires		
- échantillon total (n=76)	11	12 (6-13)
- Brabant Wallon (n=8)	11.25	11.5 (8-13)
- Hainaut (n=22)	10.95	11 (9-13)
- Namur (n=11)	11.72	13 (7-13)
- Liège (n=31)	11.03	12 (6-13)
- Luxembourg (n=5)	9.6	10 (6-12)
Proportion de travail en réseau en dehors de l'enceinte du SSM		
- échantillon total (n=56)	37.9	30 (5-82)
- Brabant Wallon (n=4)	14.75 (9.32)	14 (5-25)
- Hainaut (n=18)	31.72 (23.24)	23 (5-80)
- Namur (n=9)	40.22 (34.32)	22.5 (7.5-82)
- Liège (n=22)	45.7 (26.38)	52.5 (5-80)
- Luxembourg (n=3)	43.33 (25.16)	40 (20-70)
Proportion de travail en réseau en dehors du territoire du SSM		
- Échantillon total (n=37)	17.5 (15.4)	10 (1-80)
- Brabant Wallon (n=4)	20.5 (20.6)	15 (2-50)
- Hainaut (n=8)	12.9 (11.4)	10 (1-35)
- Namur (n=7)	15.43 (7.7)	10 (10-30)
- Liège (n=17)	20.6 (18.36)	15 (5-80)
- Luxembourg (n=1)	3	3

Tableau 13 Modalités de travail en réseau selon la localisation : moyennes

Au niveau des **formes de travail en réseau**, on observe certaines tendances au sein de l'échantillon :

- En *Brabant Wallon*, la concertation informelle, et dans une moindre mesure, la supervision, est plus fréquente que la moyenne.
- En *Hainaut*, il y a un peu moins de partenariat conventionné et un peu plus de projets communs entre partenaires. Les échanges de personnel y sont mentionnés deux fois moins souvent que la moyenne.
- A *Namur*, ce sont les supervisions et la concertation informelle qui sont davantage mentionnées qu'ailleurs. Ici, aussi, il y a deux fois moins souvent d'échanges de personnel que la moyenne.
- A *Liège*, la concertation informelle est moins présente. Par contre, il y a plus de partenariats conventionnés et de partage d'outils communs comme le case management ou les plans de services individualisés (2 fois plus que la moyenne). Les échanges de personnel y sont aussi plus courants.
- Au *Luxembourg*, on ne trouve ni trace de partage d'outils communs comme le case management etc. ni d'échange de personnel. Par contre, les connaissances personnelles entre membres de certaines équipes importent davantage.

Le nombre moyen de formes différentes de travail en réseau ne varie quasi pas par province.

Ces résultats semblent également dessiner des **formalisations** différentes du travail en réseau selon les régions.

Et en effet, les répondants déclarent moins fréquemment que la moyenne (63,5%) avoir formalisé leurs pratiques de réseau dans les provinces de Luxembourg (25%) et de Namur (40%). Mais à nouveau, rappelons que la prudence est de mise puisqu'il s'agit de petits groupes.

Dans les autres provinces, les résultats sont plus proches de la moyenne, voire légèrement au-dessus (Liège et Brabant Wallon).

Quant aux modalités de cette formalisation, on n'observe pas beaucoup de variation entre régions, si ce n'est les conventions signées seules qui sont plus citées en Hainaut, et les conventions et accords sur certains outils communs plus fréquents à Liège.

Cette formalisation évoque souvent le passage par l'écrit et des conventions signées. Et de fait, si on additionne chaque réponse reprenant les conventions (seules ou avec accords ou autres), on obtient un résultat proche de 90 à 100% dans chaque province. Ce qui semble indiquer qu'il s'agit de la formalisation la plus commune.

Au niveau du **personnel impliqué** dans le travail en réseau, on ne constate pas de grande variation. Si ce n'est que tous les SSM du Brabant Wallon et du Hainaut répondent à l'unanimité que « tout le monde » l'est. A Liège et au Luxembourg, ils répondent un peu plus souvent « une ou plusieurs personnes » que la moyenne, même si cela ne constitue toujours qu'un cinquième des réponses.

Assez logiquement, dans ces deux mêmes provinces, on déclare plus fréquemment avoir nommé un **responsable des contacts avec le réseau**. Alors que le Brabant Wallon, Namur et le Hainaut se situent en deçà de la moyenne.

Au niveau de l'inscription du **fonctionnement en réseau dans la politique de l'institution**, il n'y a pas de grande différence entre les provinces.

Quant au **travail en réseau en dehors du territoire du SSM**, les variations au niveau du nombre de services qui déclarent le pratiquer sont faibles : un peu moins que la moyenne au Luxembourg et à Namur, et plus en Brabant Wallon et à Liège. Mais à nouveau, les effectifs sont restreints.

Notons que le Luxembourg affiche également un nombre moyen de secteurs partenaires moins élevé, ce qui pourrait s'expliquer par la moindre densité des ressources dans cette région.

Quant à l'**évaluation subjective de la proportion de travail en réseau hors du territoire**, elle est un peu plus faible en Brabant Wallon, mais pour toutes ces mesures, les valeurs sont très dispersées et l'écart-type important, ce qui vient relativiser leur fiabilité. On aurait pu s'attendre à ce qu'elle soit plus élevée au Luxembourg, mais une seule réponse ne permet pas de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse.

Enfin, la proportion moyenne de **travail en réseau en dehors de l'enceinte du SSM** est nettement moins importante que la moyenne en Brabant Wallon mais à ce niveau, le nombre de répondants est restreint (4). Si on examine la médiane, c'est-à-dire la valeur centrale de la distribution (exactement autant de SSM se situent au-dessus qu'en dessous), il apparaît qu'en Région liégeoise, elle est plus élevée, ce qui semble y indiquer une plus grande proportion de travail à l'extérieur des locaux du SSM.

C. Conclusion

Ces résultats laissent penser qu'il peut y avoir des « **cultures** » et des pratiques de travail en réseau légèrement voire assez différentes en fonction des régions, au niveau des formes les plus courantes que prennent ces pratiques et de la manière dont le réseau est formalisé : apparemment un peu plus dans certaines régions que dans d'autres.

En termes de formes de travail en réseau, le recours à des **outils communs** comme le case management ou le plan de service individualisé, affiche des résultats assez différenciés par province : assez fréquente en région liégeoise (plus de la moitié des cas¹⁵) mais encore peu présente ailleurs. Il pourrait s'agir d'un élément important à prendre en considération pour la mise en œuvre d'une fonction de liaison, pour le volet relatif au suivi de patients qui est envisagé.

Au vu de ces variations locales, les réalités de terrain semblent pouvoir différer d'une province à l'autre, ce qui souligne l'intérêt de développer une **approche territoriale** pour mieux cerner les phénomènes de travail en réseau. Il semble donc important que tout cadre réglementaire ou toute mesure devant s'appliquer sur l'ensemble du territoire wallon, fasse droit à cette diversité de pratiques.

¹⁵ Ce qui pourrait correspondre à l'ensemble des répondants du même PO, mentionnés en introduction, où ces pratiques, notamment de « plan de service individualisé » sont en vigueur. Ceci pourrait même avoir influencé l'ensemble du résultat en Région Wallonne (33%), étant donné qu'on enregistre des scores de 12, 23 et 18% et 0% dans les autres provinces.

Chapitre 2: RESULTATS DE LA PARTIE QUALITATIVE

Cette partie reprend l'analyse qualitative des réponses aux 20 questions ouvertes du questionnaire. Certaines d'entre elles ont été regroupées par thématiques communes.

En général, un éclairage sur les différentes réponses données est d'abord proposé : il expose les **catégories de réponses** qui ont été constituées au cours de l'analyse et les illustre. Les éléments entre guillemets indiquent qu'il s'agit d'extraits de réponse issus des questionnaires.

Ensuite, des éléments quant à la **fréquence** des différentes réponses sont proposés.

Des tableaux chiffrés et des graphiques reprennent, à titre purement **indicatif**, la répartition des réponses aux questions ouvertes, selon les catégories élaborées pour l'analyse des réponses. Il nous a semblé important en effet de procéder à un comptage de l'occurrence des différentes réponses pour pouvoir dégager des tendances, sur leur importance relative dans l'échantillon.

Toutefois, comme il s'agit de réponses à des **questions ouvertes**, il faut être prudent quant aux interprétations qu'on peut en tirer : il n'y avait pas de réponses proposées (sauf dans certains cas, mais sans obligation de les utiliser), on ne peut donc pas conclure que les personnes qui n'ont pas cité un élément ne le font pas. Il se peut qu'elles n'aient peut-être tout simplement pas pensé à le citer.

Notons que la ponctuation du travail par une conclusion intermédiaire, correspond au découpage du travail en deux phases et à la clôture d'un premier rapport intermédiaire.

I. Facilitateurs et obstacles du travail en réseau

Cet aspect du travail en réseau correspond dans le questionnaire aux questions 4. b) « Qu'est-ce qui facilite ces relations ? » et 6. b) « Qu'est-ce qui fait obstacle ? ».

Pour ces deux questions, des éléments de réponse étaient proposés en annexe. Nous nous sommes partiellement appuyé sur celles-ci, pour analyser le contenu des réponses effectives et les répartir en catégories, en les aménageant et en les complétant au besoin.

A. *Facilitateurs*

Nous commencerons par examiner le contenu des réponses fournies, par rapport à celles proposées, ensuite leur fréquence sera présentée, puis ces résultats seront discutés.

1) Les réponses

Par rapport aux réponses proposées dans le questionnaire, les précisions, compléments d'information et aménagements suivants ont été apportés par les répondants. Notons que lorsqu'aucune précision particulière n'est apportée dans les réponses, l'intitulé est simplement repris.

1. Complémentarités institutionnelles

Il s'agit, dans l'annexe de la complémentarité par rapport à la nature des services proposés aux usagers (par exemple ambulatoire-hospitalier-domicile ; individuel-groupe ; thérapeutique-culturel-professionnel ; complémentarité des horaires auxquels les services sont proposés ...).

Les réponses mentionnent en plus le fait d'avoir une « *population identique* », ainsi que la « *clarté du rôle de chaque intervenant* ».

2. Disponibilité du service pour les usagers

Pas de précision apportée à ce niveau.

3. Bonnes relations avec ce service

Ils évoquent même, en plus des « *affinités relationnelles / personnelles entre certains membres des deux équipes* » proposées, des « *affinités interprofessionnelles* », ce qui rejoint aussi la catégorie suivante. Certains précisent les éléments qui importent davantage à leurs yeux : « *l'affinité relationnelle, la connaissance réciproque des personnes concernées par la situation, beaucoup plus que la connaissance des institutions* »

4. Connaissance préalable du service ou de certaines personnes qui y travaillent

La connaissance réciproque et la personnalisation des contacts sont abondamment citées. Certains évoquent aussi la connaissance de l'offre au sein du réseau : « *connaissance du réseau élargi* », « *bonne identification des ressources du réseau ou des ressources de chacun (indications, conditions d'admission, limites dans les prises en charge)* ».

L'un d'eux mentionne aussi la « *connaissance des philosophies de travail des services* » et « *le fait d'avoir des personnes ressources dans ces services* ».

5. Compatibilité des horaires (journée / soirée, temps partiels) entre services

Cet argument qui concerne les rapports entre professionnels, est peu cité en tant que tel, mais quelques réponses évoquent la disponibilité et la souplesse, de manière générale, qui y sont directement liées.

6. Facilités de compréhension entre équipes (p. ex. langage, école de pensée similaires)

7. Moyens financiers

Peu cité en tant que tel.

8. L'inscription du travail en réseau dans la politique institutionnelle

9. L'inscription du travail dans le cadre réglementaire

10. L'inscription du travail dans la « conception du travail » des personnes concernées / « volonté » individuelle

Concernant les réponses 8, 9 et 10, les répondants parlent souvent de volonté ou du fait que le réseau soit une priorité, sans préciser nécessairement si cette volonté se situe au niveau individuel ou institutionnel. Nous avons donc globalisé ces réponses dans le tableau de fréquence. Les efforts fournis en ce sens sont également évoqués.

11. Caractéristiques du territoire

A ce niveau, c'est surtout la proximité territoriale qui est mentionnée, par exemple « *territoire géographique restreint (brabant wallon centre)*».

12. Caractéristiques de la situation du patient

Certaines précisions sont apportées comme la « *nécessité de travailler avec cette méthode vu la complexité des situations* ». C'est souvent la complexité de la situation ou de la nature du cas qui sont mises en exergue et parfois la nécessité d'une approche pluridisciplinaire.

13. Existence de projets communs avec ce service

Peu cité en tant que tel. C'est plutôt l'existence d'une collaboration ou des expériences positives qui sont citées (d'où la création d'une nouvelle catégorie).

14. Fréquentation de ce service par nos usagers

15. Autres :

On retrouve dans cette catégorie divers éléments :

- certains ont trait à ce qu'on pourrait appeler une forme de *base commune*¹⁶ : qu'il s'agisse d'objectifs cohérents, d'une « *vision commune des problématiques* », de la

¹⁶ Conception apparue dans l'analyse en groupe des pratiques de réseau. Cfr Deliége I., Bontemps C. (dir), *Travailler en réseau en santé mentale*, Rapport de recherche IWSM, octobre 2007.

« méthodologie utilisée sur laquelle on est d'accord » ou encore d'intérêts mutuels ou communs.

- des éléments plus *institutionnels ou organisationnels*, comme la « cohérence des politiques », l'appartenance à une même structure : « *l'appartenance de certains partenaires (service de psychiatrie en hôpital général, service d'urgences psy, habitation protégée) à la même asbl facilite le travail de réseau.* » Les conventions sont aussi citées, de même qu'un « *protocole de collaboration claire entre secteurs* ».

- des éléments d'ordre *financier* : des « honoraires communs », l'accessibilité financière et géographique du service

- l'existence de *réunions* : le fait d'organiser des réunions autour de patients, des rencontres etc.; « *des échanges soutenus dans lesquels chacun se sent respecté dans sa spécificité.* », « *participation au réseau assuétudés, qui facilite les contacts* »; « *les recevoir en équipe* » (c'est-à-dire des rencontres entre services), « *la clinique de la concertation* ».

- et des éléments « inclassables » comme « *la demande est bien préparée* », ou « notre inscription dans le réseau local ». Quelqu'un explique même avoir envisagé l'échange de personnel mais avoir dû y renoncer pour des raisons d'assurance.

16. Existence d'une collaboration et expérience positive

Cette catégorie, non présente dans les annexes, a été ajoutée au cours de l'analyse. Il est question « *des expériences réussies* », de « *l'expérience du travail avec ces services* ». Elle nous semblait différente de la « connaissance préalable » et des « bonnes relations », même si elle peut s'en rapprocher sous certains aspects.

2) Fréquence

Les réponses ont été classées en fonction des catégories proposées en annexe au questionnaire. La 16^e catégorie a été ajoutée sur base des réponses amenées par les professionnels.

Il y a souvent plusieurs réponses à la question par questionnaire : le nombre de réponses moyen par questionnaire est de 2,45.

Le tableau suivant comptabilise le nombre de fois où chaque réponse a été citée. Le diagramme suivant présente les résultats visuellement.

Facilitateurs du travail en réseau :	Nbre de citations	Fréquence ¹⁷
1. Complémentarités institutionnelles	20	26,67%
2. Disponibilité du service pour les usagers	7	9,33%
3. Bonnes relations avec ce service	35	46,67%
4. Connaissance préalable du service ou de certaines personnes	29	38,67%
5. Compatibilité des horaires	3	4,00%
6. Facilités de compréhension entre équipes	6	8,00%
7. Moyens financiers	2	2,67%
8. 9. 10. Inscription du réseau (total) :	17	22,67%
- dans la politique institutionnelle	6	8,00%
- dans le cadre réglementaire	4	5,33%
- dans la conception du travail / « volonté » individuelle	7	9,33%
11. Caractéristiques du territoire	10	13,33%

¹⁷ Par rapport au nombre de répondants et non de citations.

12. Caractéristiques de la situation du patient	7	9,33%
13. Existence de projets communs avec ce service	4	5,33%
14. Fréquentation de ce service par nos usagers	7	9,33%
15. Autres	11	14,67%
16. Existence d'une collaboration et expériences passées positives	9	12,00%
<hr/>		
Nombre de citations totales	184	
Nombre de répondants	75	
Nombre moyen de réponses par répondant	2,45	

Tableau 14 Facilitateurs du travail en réseau

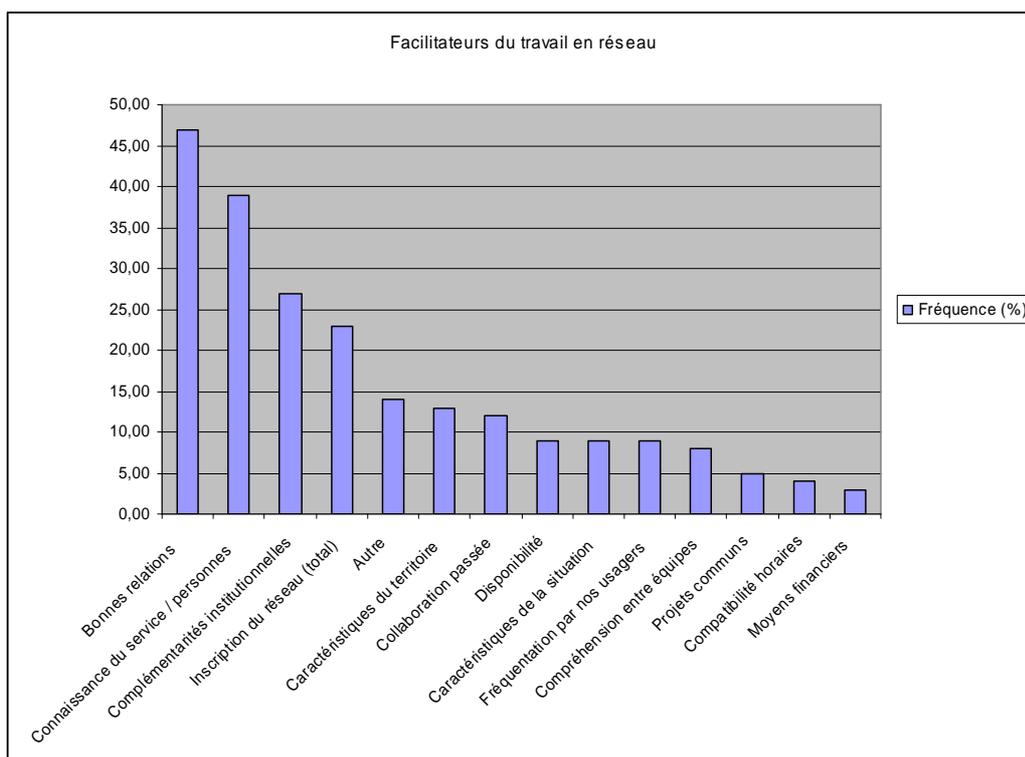


Figure 9 Facilitateurs du travail en réseau

3) Discussion

De manière générale, les facilitateurs proposés en annexe au questionnaire sont en bonne partie confirmés par les réponses. Seul un item a dû être ajouté : l'existence préalable d'une collaboration et d'expériences passées positives ensemble.

Les 3 **réponses principales** sont, par ordre d'importance :

- les bonnes relations avec ce service
- la connaissance préalable du service et de certaines personnes
- les complémentarités institutionnelles

Si on regroupe en une seule catégorie *l'inscription du travail en réseau* dans la politique institutionnelle, dans le cadre réglementaire et dans la conception du travail, il arrive à la suite de ces trois facilitateurs.

Les caractéristiques du territoire, qui constituent une réponse plus générale, sont également citées à plusieurs reprises.

Les deux premiers facilitateurs soulignent l'importance de l'existence de **relations personnalisées** dans le réseau. La part informelle nécessaire à ces bonnes relations semble aussi y avoir son importance. L'accent mis par les répondants sur la bonne connaissance de l'offre, dans la connaissance du service, rejoint la question de l'implantation et de l'inscription du SSM dans son territoire.

Notons aussi les **catégories les moins citées** : moyens financiers, compatibilité des horaires (mais ne s'agit-il pas là d'un des aspects, peut-être un peu trop pointu, de la disponibilité ?), caractéristiques de la situation et l'existence de projets communs. La nouvelle catégorie qui a émergé des réponses (l'expérience passée de collaboration réussie) peut être rapprochée de la connaissance et des bonnes relations, mais aussi de l'existence de projets communs.

Toutefois, si on regroupe les caractéristiques de la situation et la fréquentation du service par les usagers, on obtient 18%, soit un peu moins d'un cinquième des répondants qui le considèrent comme élément facilitateur.

Par ailleurs, la faible présence des **moyens financiers** doit être relativisée. D'après la discussion avec les représentants de terrain, elle pourrait s'expliquer par la formulation de la question qui demande ce qui facilite, en l'état actuel, les relations et non ce qui les faciliterait. De plus, ils mentionnent aussi la disponibilité du service (pour l'utilisateur et pour les intervenants), ce qui peut être une conséquence de moyens suffisants. Les services n'ont peut-être pas fait le lien directement entre le temps et les moyens / l'argent. Or il est important de souligner qu'il faut du temps pour installer de bonnes relations et une connaissance réciproque entre services, ainsi que la connaissance approfondie des ressources du territoire.

Il faut également noter qu'à plusieurs reprises, on retrouve dans les éléments qui facilitent le travail en réseau, ce qui apparaît comme des « **formes de travail en réseau** » dans la première partie du questionnaire (la participation à des réunions communes, le fait d'avoir déjà des expériences de collaboration ensemble, éventuellement sur d'autres situations cliniques). Cela confirme en partie l'hypothèse à laquelle la majorité des répondants adhèrent : le réseau entraîne et nourrit le réseau et le fait d'avoir déjà collaboré avec un service renforce la possibilité de collaboration future.

On retrouve aussi le fait de partager les mêmes outils ou une conception commune des problématiques. Mais également, le fait que des partenariats existent déjà. Le fait d'avoir des contacts personnalisés revient très fréquemment, de même que le fait de bien connaître le service,

B. Obstacles au travail en réseau

1) Les réponses

Pour la réponse à cette question, nous sommes à nouveau parti des réponses proposées en annexe au questionnaire, mais en les utilisant de manière plus libre que pour la question précédente.

De manière générale on peut faire les remarques suivantes par rapport aux réponses qui étaient proposées en annexe :

- l'intérêt de regrouper les différentes déclinaisons possibles de la concurrence
- l'intérêt de regrouper les logiques, les conceptions et les pratiques, les langages différents en une seule catégorie et d'y ajouter les objectifs.
- élargir les « incompatibilités d'horaires » au manque de temps, de disponibilité des professionnels
- les nouveaux éléments suivants ont dû être rajoutés : la déontologie et le partage du secret professionnel, la stigmatisation de l'utilisateur et les prestations à l'acte.

De manière plus **détaillée**, voici les **catégories** qui ont pu être dégagées au vu des réponses. Pour chacune d'entre elles, quelques éléments de contenu supplémentaire ou des exemples amenés dans les réponses sont proposés.

1. Absence de volonté, de motivation ou de demande de l'utilisateur

La réponse proposée en annexe évoque uniquement un manque de volonté or ces trois termes « volonté, demande, motivation » sont utilisés alternativement dans les réponses. Un répondant précise qu'il peut aussi s'agir d'une « différence des attentes des usagers et du service ».

2. Délais d'attente et surcharge du service

Les répondants mentionnent aussi l'absence de place. L'un d'eux cite notamment le « *manque de place pour la catégorie 140* ».

3. Absence ou manque de disponibilité des professionnels (temps, horaire, financement)

Les incompatibilités d'horaires initialement proposées ont été élargies au manque de disponibilité des professionnels, au manque de temps et même de financement. Un répondant mentionne par exemple la « *concertation non financée* » comme obstacle.

4. Concurrence entre offre de service

Cette catégorie de réponse reglobalise les différents types de concurrence institutionnelle détaillés en annexe au questionnaire (par rapport aux usagers, aux subsides, aux piliers), non utilisés par les répondants.

5. Absence ou manque d'ouverture au travail en réseau

Cette catégorie reformule l'absence d'inscription du fonctionnement en réseau à différents niveaux (institutionnel, règlementaire ou conception de travail), puisque les répondants le stipulent rarement, comme nous l'avons vu dans la question précédente.

6. Différence de logiques, de conceptions, de pratiques, de langages et d'objectifs

Les différences pouvant exister à plusieurs niveaux ont été rassemblées en un item : logiques, pratiques, langages, conceptions, par exemple une « *notion de réseau différente* ».

Cette catégorie inclut aussi l'absence de compréhension, qu'elle porte sur les objectifs ou l'éthique de travail.

La différence d'objectifs ou de missions est apparue en supplément par rapport aux possibilités de réponses proposées. Il a été décidé de l'intégrer en considérant que c'est l'idée de différence qui prime, même si elle peut paraître d'un autre ordre.

Au niveau des logiques, décrites comme « *pas toujours compatibles* », les répondants mentionnent notamment une opposition des logiques ambulatoires et hospitalières : l'hospitalier serait « *centré davantage sur la maladie et le traitement* » et l'ambulatoire « *centré davantage sur le patient, la famille et le réseau* ».

7. Communication et circulation de l'information (manque de...)

Il s'agit de « *difficultés de se contacter, dans le cas de certains services* ». Des exemples précis sont même fournis : « *centrale téléphonique bizarre, l'interlocuteur ne rappelle pas, barrages téléphoniques...* ». Un autre SSM mentionne le « *peu de retour des situations* ».

Si cette dimension peut être reliée à la « disponibilité » des professionnels, nous avons considéré cet élément à part, car il nous a semblé s'agir d'une nouvelle dimension, centrée sur l'action de communication et d'échange d'information.

8. Déontologie et partage du secret professionnel

Cet élément de réponse comme obstacle à la collaboration avec certains partenaires (qui n'y sont par exemple pas tenus), a été amené par les répondants. Ces questions éthiques sont présentées notamment comme obstacle à la communication. Les points 7 et 8 sont donc liés.

9. Stigmatisation de l'usager

Nouvel élément, mentionné comme tel, il peut être illustré par l'exemple suivant : « *ils font véritablement barrage à l'entrée de personnes toxicomanes dans leur institution... (sauf exception)* ».

10. Prestations à l'acte

Nouveau problème soulevé par les réponses.

11. Législations et réglementations différentes

On cite aussi le manque de souplesse des procédures.

12. Autres

Dans cette catégorie fourre-tout, de multiples éléments apparaissent.

Quelques pistes peuvent d'ores et déjà être proposées pour effectuer des regroupements possibles :

- des éléments d'**appréciation négative du partenaire**, parfois au niveau de leurs compétences : « *manque de compétence de certains partenaires* », « *mauvaise idée du travail de l'autre* », « *problèmes de fiabilité et d'organisation (confiance)* »
- un problème de **confiance, de respect et de reconnaissance** entre partenaires (lié au point précédent aussi) : « *disqualification respectives* », « *manque de respect et de considération pour le travail qui est entrepris avec les personnes dans leur milieu de vie (entrée ou sortie d'hospitalisation sans nous avertir ni nous demander notre avis alors que nous voyons la personne régulièrement et parfois depuis des années, changement de traitement sans consulter la psychiatre de notre service et parfois avec des médicaments qui n'existent pas sur le marché courant, mise en place de nouveaux services alors que d'autres existaient préalablement, etc.)* »
- Problèmes **autour des transitions, de l'entrée et de la sortie** de certaines institutions. Un répondant fait part de « *difficultés autour de la « sortie » (dans le milieu de vie)* » à propos de la prison, des soins de santé résidentiels. Ceux-ci sont souvent liés à des appréciations négatives entre professionnels : « *Probablement la difficulté à "entrer" dans ces structures. Ils sont "autosuffisants" et donc difficile de travailler parfois la sortie de l'hôpital* » (*hôpital psychiatrique*). Un autre encore déclare ressentir « *un manque de considération à notre égard, en tant que professionnels envoyeurs* ».
- Des éléments divers, à approfondir encore : « *connaissance insuffisante* », « *manque de coordination, de lien* »

2) Fréquence

Le tableau suivant présente un aperçu chiffré de l'occurrence de ces différentes réponses. La fréquence est calculée par rapport au nombre de répondants (et non de réponses). La moyenne du nombre de réponses par questionnaire est de 1.8.

<i>Obstacles du travail en réseau :</i>	Nbre de citations	Fréquence	% cumulé
1. Absence de volonté, de motivation, de demande de l'utilisateur	9	14,29%	
2. Délais d'attente, absence de place et surcharge du service	8	12,70%	38,10%
3. Absence ou manque de disponibilité des professionnels (temps, horaire, financement)	16	25,40%	
4. Concurrence entre offre de service	3	4,76%	
5. Absence ou manque d'ouverture au travail en réseau	4	6,35%	
6. Différence de logiques, de conceptions, de pratiques, de langages, d'objectifs	21	33,33%	
7. Communication et circulation de l'information (manque de...)	5	7,94%	25,40%
8. Déontologie et partage du secret professionnel	11	17,46%	
9. Stigmatisation de l'utilisateur	3	4,76%	
10. Prestations à l'acte	2	3,17%	
11. Législations et réglementations différentes	5	7,94%	
12. Appréciations négatives, manque de confiance, transitions et autres	27	42,86%	

Nombre de citations totales	114
Nombre de répondants	63
Nombre moyen de réponses par répondant	1,809524

Tableau 15 Obstacles au travail en réseau

3) Discussion

Les principaux obstacles cités sont donc :

1. les appréciations négatives, le manque de confiance, les transitions et autres (42%)
2. la différence de logiques de conceptions, de pratiques ou d'objectifs (33%)
3. le manque de disponibilité des professionnels (25%)
4. la déontologie et le partage du secret professionnel (17%)
5. Absence de volonté, de motivation ou de demande de l'utilisateur (14%)

Au vu de ces résultats,

- Les réponses semblent assez hétéroclites.
- Il serait intéressant d'affiner et de creuser la catégorie appréciations négatives, manque de confiance, transitions et autres, en distinguant davantage les sous-catégories déjà repérées.
- Il y aurait aussi un intérêt à considérer **les délais d'attente et le manque de disponibilité** des professionnels ensemble. Ils peuvent en effet être envisagés comme les deux facettes d'un même problème, considéré du point de vue de l'utilisateur dans un cas et du point de vue des rapports entre professionnels dans l'autre. Ce lien est explicité dans la réponse suivante : « *Manque de temps. Remarque : travailler en réseau demande du temps. Le développement de ces pratiques, s'il améliore la qualité de certaines prises en charge, entraîne une réponse beaucoup moins rapide à d'autres demandes, augmente les listes d'attente. Problème bien connu.* » Par ailleurs, si les professionnels ont connaissance de l'existence de délai d'attente importants auprès d'une institution ou que leurs collègues se montrent peu disponibles, ils ne font plus nécessairement appel à cette institution.

Si on considère la fréquence groupée de ces deux arguments (3^e colonne du Tableau 15), elle atteint 38 %, soit la deuxième réponse plus importante. Ils rejoignent en outre la question des moyens financiers alloués au travail en réseau, si on considère le lien existant entre moyens financiers et moyens en termes de temps.

- La **différence** comme obstacle ne fait que souligner la nécessité d'avoir un minimum de base commune, déjà apparue dans le précédent rapport consacré au réseau (où elle était envisagée soit comme conceptions communes soit comme outils communs soit comme philosophie d'intervention commune) et la difficulté si celle-ci fait défaut, de travailler ensemble. De là à déduire qu'il importe dans le réseau, d'avoir la même approche, il n'y a qu'un pas mais ce raisonnement, poussé à l'extrême, risquerait de porter atteinte à la diversité des approches, des conceptions, etc. au sein du réseau. Dans la première discussion des résultats avec les professionnels de terrain, il apparaît qu'il pourrait être utile de re-distinguer les logiques des objectifs différents.
- La **déontologie** et le partage du secret professionnel restent une vraie question et un véritable obstacle dans la pratique, bien qu'on en entende régulièrement parler sur le terrain, que différentes réflexions se développent en de multiples endroits sur la question. Ils sont intimement **liés à la communication** et à l'échange d'information, puisqu'ils y constituent un obstacle. Le résultat cumulé de ces deux items (3^e colonne du Tableau 15) s'élève à 25%, soit un quart des répondants qui se plaignent de l'un de ces deux aspects.

II. Fonctions des personnes qui travaillent en réseau

A. *Fonction des membres de l'équipe qui travaillent en réseau*

Pour rappel, nous avons vu dans la partie qualitative qu'à la question « qui travaille en réseau dans votre équipe ? », 88% ont répondu « tout le monde » et 12 % ont répondu « une ou plusieurs personnes ».

Pour aller plus en détails dans les réponses, il leur était demandé de préciser la fonction des personnes qui travaillent en réseau. Ces réponses vont maintenant être analysées.

1) Les réponses

Nous avons commencé par analyser les réponses fournies par ceux qui répondent qu'« une ou plusieurs personnes » travaillent en réseau dans leur équipe (c'est-à-dire 9 services) à la question précédente.

Parmi elles :

- 2 citent l'assistant social (AS) et la psychologue (l'un d'eux précise « principalement » ces personnes)
- 1 répond « *l'AS principalement mais tous les autres membres de l'équipe aussi* »
- 3 citent 3 fonctions : « *as, psychologue et médecin psychiatre* » ou « *as, psychologue et responsable de la gestion journalière* ». L'un d'eux ajoute : « *plus chaque thérapeute pour leurs situations cliniques* ».
- 1 cite « *psychologue et administratives* » (mais on peut se demander s'il s'agit du responsable de la gestion administrative ou du secrétariat)
- 1 distingue le « *coordinateur (responsable de gestion journalière) pour des réseaux institutionnels et les assistants sociaux ou psychologues pour les réseaux "cliniques" ou d'intervention* »
- 1 répond que la désignation n'est pas liée à la fonction.

Sur cette base nous avons donc réalisé **différentes catégories** non mutuellement exclusives, pour analyser le reste des réponses. Elles se répartissent comme suit :

1. Tout le monde ou au moins trois fonctions différentes de l'équipe

Lorsqu'ils citaient au moins 3 fonctions différentes, nous l'avons assimilé à toute l'équipe étant donné que l'équipe de base est composée de 3 fonctions différentes, hormis le personnel administratif.

2. Une seule personne

Il peut s'agir de l'assistante sociale ou de la coordinatrice de l'équipe.

3. Combinaison de deux fonctions

Il s'agit soit de l'assistante sociale et de la psychologue (dans 2 cas) soit du psychologue et du psychiatre ou d'une combinaison « psychologues, administrative ».

4. Remise en question de la désignation par fonction

Ils répondent soit qu'il n'y a pas de désignation systématique en lien avec la fonction soit que c'est en fonction des situations cliniques.

5. Toute l'équipe plus quelqu'un en particulier

Cette personne qui s'occupe du réseau en particulier est l'assistante sociale : « *la seule responsable d'un secteur en particulier* », précise-t-on dans un cas et dans l'autre : « *mais tous les membres de l'équipe sont impliqués également à un moment ou l'autre* ».

6. Distinction en fonction des différents types de réseau

Notant que certains opèrent des distinctions en fonction du type de réseau pour répondre. Dans deux cas, le responsable de la gestion journalière (RGJ) s'occupe des réseaux

institutionnels ou non centrés sur une personne tandis que l'assistante sociale et la psychologue se chargent du réseau clinique ou d'intervision. Dans un autre cas, ils distinguent un axe clinique (dans lequel psy, as et RGJ sont impliqués) et un axe de prévention (dans lequel assistant social, criminologue et licencié en romane sont impliqués).

2) Les fréquences

Les réponses se répartissent comme suit entre les catégories qui viennent d'être présentées :

<i>Qui travaille en réseau?</i>	Nombre	% ¹⁸
1. Toute l'équipe (ou min 3 fonctions)	32	71,11%
2. Une seule fonction	2	4,44%
3. Combinaison de 2 fonctions	4	8,89%
4. Pas de désignation par fonction	2	4,44%
5. Toute l'équipe + qqn en particulier	2	4,44%
6. Différenciation en fonction du type de réseau	3	6,67%
Total	45	100,00%

Tableau 16 Fonction des personnes de l'équipe qui travaillent en réseau

Au niveau de l'importance numérique de chaque réponse, on voit donc que dans la grande majorité des cas (quasi $\frac{3}{4}$ des réponses), **au moins trois fonctions** sont citées, quand ce n'est pas toute l'équipe. Vient ensuite la combinaison de deux fonctions.

Il est intéressant de noter que certains prennent la peine de préciser, en même temps qu'ils désignent une fonction en particulier, que toute l'équipe contribue au travail en réseau. Et que certains distinguent dans leur réponse différents types de travail en réseau, pour dire qui les assume, mais ils sont minoritaires (6.67%). Quelques-uns remettent en question la question même et disent que l'attribution d'une charge de travail en réseau ne dépend pas de la fonction.

Pour aller un peu plus loin, nous avons ensuite encodé **l'occurrence de chaque fonction**.

Comme les réponses mentionnent souvent plusieurs fonctions, nous avons voulu voir combien de fois chacune d'entre elles était citée. Nous nous sommes centré sur les fonctions principales, c'est-à-dire celles de l'équipe de base : psychologue, assistant sociale et psychiatre ; nous avons également pris en considération le responsable de la gestion journalière (RGJ), puisqu'il est pressenti pour jouer un rôle dans la fonction de liaison.

Quand on parle ici de fonction citée, cela ne signifie pas qu'il s'agit de la seule fonction mentionnée dans la réponse puisque les SSM en citent souvent plusieurs.

Précisons que sur les 45 réponses à cette question, seuls 33 d'entre elles citent des fonctions¹⁹.

¹⁸ Par rapport au nombre total de répondants

¹⁹ Signalons aussi que lorsque la réponse donnée était « toute l'équipe », nous n'avons pas pris la liberté d'encoder des fonctions (par exemple celles de l'équipe de base), dans le comptage par fonction.

Fonctions	Nombre	% ²⁰
Psychologue	30	66,67%
AS	31	68,89%
Psychiatre	17	37,78%
RGJ	13	28,89%

Nb de réponses total	45
Nb de réponses citant un (ou des) fonctions	33

Tableau 17 Fonction des membres de l'équipe qui travaillent en réseau

3) Discussion

La fonction **d'assistant social** est donc la plus fréquemment citée. Elle est quasi à égalité avec celle de **psychologue** (à une unité près). Toutes deux sont citées dans quasi deux tiers des réponses.

On peut constater que le **psychiatre** (pédopsychiatre ou médecin) est assez fréquemment cité tout de même, dans 37% des cas, alors qu'on souligne souvent le manque de disponibilité ou la difficulté de collaboration avec les médecins ou la pénurie de psychiatres en SSM. Un SSM souligne tout de même que *« pour les psychiatres la chose est plus difficile étant donné qu'ils doivent compléter leur traitement. »*²¹

Le **responsable de la gestion journalière** (RGJ) est tout de même relativement fréquemment cité, (quasi dans 30 % des cas). Et nous avons vu précédemment, que cela pouvait être pour le réseau « institutionnel ». Notons aussi que cette fonction de RGJ n'est pas exclusive à d'autres fonctions comme AS ou psy et que, probablement, pour ceux qui l'ont citée, cette fonction de responsable primait sur l'autre. Dans les cas où il était par exemple stipulé « la psychologue responsable », nous l'avons repris dans les deux catégories : psychologue et RGJ.

Il convient de rester attentif quant à l'interprétation de ces résultats, étant donné que le taux de réponse n'est pas très élevé (58%). La question suivante apportera des informations complémentaires.

²⁰ Par rapport au nombre total de réponses

²¹ D'après des infos complémentaires fournies par téléphone, ils font ici allusion au financement des psychiatres en SSM, dont le salaire n'est subsidié qu'à concurrence de 75 % et qui doit donc assumer les 25 % restant de son traitement, via les attestations de soins des consultations. Par conséquent, lorsque le psychiatre consacre du temps au travail en réseau, comme il n'y a pas de nomenclature INAMI pour les prestations de « réseau », qui permette de les facturer, il doit être d'autant plus « rentable » en consultation. Cet élément pourrait, d'après la discussion avec les représentants de terrain, avoir plus d'importance encore dans les petites équipes que dans les grosses, qui peuvent peut-être davantage « compenser » ce manque à gagner dans la balance globale.

B. Fonction des personnes désignées pour travailler en réseau

La fonction des personnes désignées pour travailler en réseau est liée à la question 10.a) qui la précédait : « Pratiquement, avez-vous désigné une ou plusieurs personnes « responsable(s) » des contacts avec le réseau ? ».

Les réponses se répartissent en deux groupes de taille égale : exactement la moitié des répondants affirme avoir désigné une ou plusieurs personnes responsables des contacts avec le réseau (soit 37 sur 74 répondants). Il leur était ensuite demandé (« si oui ») d'en préciser la fonction.

1) Les réponses : analyse générale

De manière générale, les réponses à la question (au nombre de 43) concernant la fonction se répartissent comme suit²² :

1. Tout le monde, chacun : (n=5)

Pour certains « *chacun est concerné par le travail en réseau* » ou tout le monde en fait. Il y en a qui précisent « *dans son travail clinique* » ou qui parlent de « *chaque clinicien* ». Dans trois cas sur cinq, cette réponse vient en complément de la mention d'une fonction spécifique de responsable des contacts avec le réseau.

2. Réponse « cela varie » : (n=3)

Certains répondants expliquent que le responsable des contacts avec le réseau varie. Ils mentionnent une « répartition selon les réseaux, les compétences de chacun, les problématiques spécifiques, les niveaux décisionnels » ou « selon le type de problème ».

3. Une fonction ou une combinaison de plusieurs d'entre elles : (n=38)

38 répondants (84%) citent réellement une combinaison de fonctions, comme cela était demandé dans la question. Ces combinaisons seront examinées en détails dans le prochain point. Notons que certains (4) citent un « **agent de liaison** », précisant éventuellement « désigné par le P.O ». Comme il ne s'agit pas encore vraiment d'une fonction existante à ce jour, nous l'avons considérée comme une information faisant plutôt partie du rôle et nous avons considéré sa fonction (p. ex. AS). Notons que les 4 SSM qui le citent appartiennent tous au même P.O., et pour 3 parmi les 4, il s'agit de questionnaires du même centre de santé mentale, pour lequel chaque équipe spécifique (adulte, auteurs d'infractions à caractère sexuel et toxicomanie) a rentré un questionnaire différent.

4. Autres informations que la fonction :

Parfois, ils mentionnent ce que cette personne fait. Ces commentaires concernent essentiellement le responsable de la gestion journalière qui, selon les cas, « *assure la représentativité du service au sein du réseau (Plate-forme de concertation, projets thérapeutiques)* », « *la représentation institutionnelle* » ou qui « *s'occupe des signatures et concertations, etc.* ». Parfois, ils précisent aussi que cette personne est désignée par le P.O.

L'un d'eux répond aussi qu'il n'y a pas de responsable sauf pour certaines tâches « *plate-forme, réseau APSY et Enerpsy* » où ils ont des délégués actifs, mais sans préciser leur fonction.

Notons enfin que, généralement, ce sont surtout les équipes qui ont déclaré avoir désigné un responsable des contacts avec le réseau qui répondent à cette question. Cependant, il y a tout

²² Notons que ces différentes catégories ne sont pas mutuellement exclusives (notamment la catégorie 1 et 4), leur total ne correspond pas au nombre total de réponses à la question, raison pour laquelle nous ne les avons pas reportées en tableau.

de même quelques réponses des SSM ayant répondu « non » à la question précédente. En effet, on enregistre 43 réponses à la question 10b, alors que seuls 37 avaient répondu oui à la question précédente. Ils citent des fonctions : « AS, psy, responsable de la gestion journalière, ... » ou « as, psychologue, logopède ». Un autre signale que « le centre dispose d'une équipe spécifique "personnes âgées" cf. le cadre de cette équipe spécifique: 1 responsable (psychologue) de la coordination ».

2) La fréquence des fonctions

Pour aller plus en détail dans les réponses, nous désirions savoir quelle fonction les SSM citent le plus, s'ils en citent généralement une ou plusieurs, et quelles associations sont les plus courantes.

Pour ce faire, nous avons procédé en **deux étapes** :

Premièrement, nous avons comptabilisé l'occurrence de *chaque fonction* prise individuellement

Deuxièmement, nous avons encodé les *combinaisons de fonctions*. Pour ce faire, nous avons procédé à un codage en progression géométrique, où nous n'avons repris que les réponses les plus fréquemment citées.

o Fréquence des fonctions citées, dans l'absolu

<i>Occurrence de chaque fonction</i>	
AS	28
psychologue	13
responsable gestion journalière (RGJ), directeur de service	21
médecin / psychiatre	2
thérapeute média	1
logopède	2
Total des occurrences de fonctions	67
Nombre de répondants : fonction ou combinaison de fonctions	38
Nombre moyen de fonctions par réponse	1,76

Tableau 18 Fonction des responsables des contacts avec le réseau

Attention, signalons qu'ici, une réponse ne correspond pas à un questionnaire puisque les réponses peuvent mentionner plusieurs fonctions (1,76 fonctions par questionnaire en moyenne).

Dans l'absolu, c'est la fonction d'assistant social la plus couramment citée, le responsable de la gestion journalière arrive en second lieu.

Les psychologues sont loin derrière. Quant au médecin et au thérapeute à média ou logopède, cela tient quasi de l'exception qu'ils soient responsables des contacts avec le réseau.

o Fonctions et combinaisons de fonctions responsables du réseau

Pour encoder les combinaisons, nous avons décidé de ne reprendre que les 3 fonctions les plus fréquemment citées, qui font de plus partie de l'équipe de base : assistant social, psychologue et responsable de la gestion journalière.

Fonctions des responsables réseau :	Nbre de citations	Fréquence
1. Assistant social	11	28,9%
2. psychologue	2	5,3%
3. Assistant social + psy	4	10,5%
4. responsable gestion journalière (RGJ)	6	15,8%
5. assistant social + RGJ	8	21,1%
6. psy + RGJ	2	5,3%
7. les 3: Assistant social + psy + RGJ	5	13,2%
Total	38	100,0%

Tableau 19 Fonctions et combinaison de fonction des responsables des contacts avec le réseau

Attention : à noter que la fonction de responsable de la gestion journalière n'est **pas exclusive** à celle d'assistant social ou de psychologue. Dès lors, l'information reçue des centres est partielle. Seuls trois questionnaires mentionnent « *le psychologue responsable (de la gestion journalière)* » ou « *l'as responsable de la gestion journalière* ». Pour notre **encodage** en progression géométrique, dans les cas précités, nous avons généralement considéré qu'il s'agissait du « psychologue et du responsable » (même si dans ce cas, il ne s'agit de la même personne) ou de l'AS et du responsable.

Les responsables désignés du réseau **les plus fréquemment cités** sont **l'assistant social seul**, suivi du duo **assistant social et responsable de la gestion journalière**, suivi encore du **responsable de la gestion journalière** seul. Ces 3 cas de figures représentent à eux seuls 65% des combinaisons dans notre échantillon. Et si on y ajoute la combinaison des 3 fonctions, on atteint plus de trois-quarts (79%) des réponses.

Il est intéressant de voir si les services ont **plutôt une seule personne ou plusieurs** comme responsable(s) du réseau.

Si on additionne les fonctions citées seules (AS, psy et RGJ seul), on obtient 50% des réponses. Les combinaisons de deux ou trois fonctions représentent l'autre moitié des cas.

Conclusion sur les fonctions

Après avoir vu qu'une large majorité des SSM déclarent que tout le monde dans leur équipe travaille en réseau. On constate que même lorsqu'ils ont désigné en leur sein un responsable pour ces contacts avec le réseau, la moitié du temps, il y a au moins deux fonctions différentes qui en sont chargées.

Plus encore que pour la question « qui travaille en réseau dans l'équipe ? », l'assistant social et le responsable de la gestion journalière occupent ici une place de choix.

C. Rôle de la personne désignée pour le travail en réseau

1) Les réponses

Quant au rôle de la personne désignée pour exercer ce travail avec le réseau, les éléments de description sont de différents ordres. Ils ont été répartis en 10 catégories, avec quelques exemples ou explications pour chacun.

1. Participation à des réunions

Il peut s'agir de réunion à la plate-forme de concertation en santé mentale de la province, de l'implication dans ses commissions ou dans les coordinations locales (parfois organisées spécifiquement pour les enfants, les adultes etc.). Sont aussi mentionnés : les projets thérapeutiques, les concertations communales ou géographiques (par opposition à des coordinations par secteur : au sein d'un même PO).

2. Coordination :

Parfois les réponses mentionnent la « *coordination d'initiatives du service* » ou « *du réseau* ».

3. Représentations institutionnelles

Il s'agit de la représentation de la structure, du centre, de l'équipe et de contacts institutionnels ou tout ce qui vise à faire connaître son service.

Quelques éléments peuvent être mis en exergue quant à la **fonction** qui assume cette tâche. Certains précisent que l'aspect institutionnel du travail en réseau ressort à une fonction en particulier : le responsable de la gestion journalière. Dans un autre cas, il est question d'une personne de référence et de première ligne entre le SSM et le réseau. Chez certains, l'« *agent de liaison* » mentionné est « *désigné pour représenter le service dans le respect et de la politique institutionnelle, porteur des projets institutionnels au point de vue méthodologie, acteur participatif* ». Dans un autre SSM, ce rôle de représentation est dévolu aux responsables thérapeutiques et administratifs. Certains parlent de « *délégation vers la personne la plus efficace ou la plus représentative en fonction du secteur traité* ».

4. Faire le lien entre l'intérieur et l'extérieur du SSM :

Il est question ici de maintenir le lien avec les partenaires, entre l'équipe de santé mentale et le réseau externe. Ce rôle est aussi décrit comme celui d'interface.

Le rôle de l'agent de liaison mentionné par certains répondants se situe à ce niveau : il agit « *autour des situations des usagers* » ou de besoins collectifs repérés sur un terrain.

Certains insistent sur le lien avec un secteur en particulier, en l'occurrence celui de l'insertion : « *Il faut signaler la priorité que nous voulons accorder aux liaisons avec le secteur de l'insertion, s'agissant de prendre en compte les facteurs socio-économiques qui sont très souvent à l'origine des problèmes rencontrés, même s'ils n'apparaissent pas souvent directement dans la demande initiale.* »

5. Avoir une bonne connaissance

Celle-ci porte sur l'offre extérieure, le réseau psycho-médico-social.

6. Travail autour de situations d'usagers

Ce groupe de réponses insiste sur le lien avec les acteurs de la situation (il est proche en cela de la quatrième catégorie). Certains précisent que chaque thérapeute peut rencontrer les intervenants qui gravitent autour de la situation si c'est nécessaire et si l'utilisateur le souhaite. Le rôle de l'agent de liaison mentionné par certains répondants consiste à faire le lien entre l'équipe du SSM et le réseau externe autour des usagers.

7. Faire circuler l'information

L'accent est mis sur l'échange d'informations, le contact (prise des premiers contacts, coups de fil), le retour de l'information (faire des retours en équipe), mais aussi favoriser l'échange d'informations, les rencontres, la mise en discussion et le débat d'idées.

8. Rédaction

Il s'agit de la rédaction de rapports, de courriers, de conventions.

9. Signature de conventions, partenariats

Il s'agit de « *formaliser les contacts avec le réseau* ». Un SSM mentionne que c'est le directeur thérapeutique qui s'occupe des contacts avec des structures (hôpital, Habitations Protégées) faisant l'objet de conventions signées.

10. Autres

Liaison avec le pouvoir organisateur, évaluation, relais. Un répondant souligne que le temps consacré au réseau et à son organisation est difficilement quantifiable dans les rapports d'évaluation, ce qui rejoint un constat fait dans la première partie de cette enquête.

2) Discussion

Plusieurs éléments de réponse quant au rôle du responsable du réseau sont souvent combinés dans une réponse.

Certains distinguent les tâches de responsabilité au sein du réseau en fonction du public, avec p. ex. des responsables différents pour un « réseau enfant » et un « réseau adulte ».

Certains détaillent les diverses responsabilités : la RGJ pour les contacts avec les structures officielles (plate-forme, Association des Pouvoirs Organisateur de Services de Santé Mentale en Wallonie, Association des Travailleurs en Santé Mentale Ambulatoire et Ligue Wallonne pour la Santé Mentale) ; l'assistant social pour les associations présentes dans une activité de prévention ; le directeur thérapeutique pour les contacts faisant l'objet de conventions signées. Des services rappellent que tous les membres de l'équipe clinique sont impliqués dans le « *travail de réseau thérapeutique* » ou que chaque thérapeute gère ses contacts avec le réseau pour les situations cliniques, tout en précisant que certains membres de l'équipe se chargent d'autres aspects en particulier (soit des responsables, soit l'assistante sociale).

Il pourrait donc être utile de distinguer les aspects institutionnels et cliniques, au niveau des rôles de responsable du réseau, puisque les professionnels insistent sur l'un ou l'autre aspect selon les tâches.

III. Définition du « public cible » pour le travail en réseau

A la question 15.A) qui y est liée, 89% des répondants (soit 67 questionnaires) s'accordent à dire qu'il y a un public pour lequel ils travaillent davantage en réseau. Quand ils sont amenés à le décrire, voici comment s'organisent leurs réponses.

1) Les réponses

Les catégories suivantes ont été créées à partir des réponses :

1. Enfant - adolescent- petite enfance

2. Public précarisé / défavorisé/ fragilisé/ carencé

Autrement dit défini par un manque ou une défaillance.

3. Situation de détresses multiples

4. (Psycho) pathologies graves, lourdes, chroniques

Les termes chroniques et complexes, invalidants ou psychiatriques sont également utilisés. P. ex. « *les personnes psychotiques adultes.* »

5. Les personnes âgées

6. Autres

On retrouve dans cette catégorie les auteurs d'infractions à caractère sexuel, les situations en lien avec la justice (problématiques judiciaires, délinquants, suivis sous contrainte), tout ce qui a trait à la protection et la prévention de l'enfance et la maltraitance, le handicap, les assuétudes, les demandeurs d'asile et même les « *familles vivant dans un même quartier* ».

7. Tout le monde

Tous les publics, ce qui pourrait rejoindre les réponses « *non il n'y a pas de public spécifique pour le réseau* ».

2) Les fréquences

Public cible du réseau	Nb réponses	Fréquence ²³
Enfant - ado- petite enfance	32	49%
Public précarisé / défavorisé/ fragilisé/ carencé	21	32%
Détresses multiples	13	20%
(Psycho)pathologies graves, lourdes, chroniques	10	15%
Personnes âgées	5	8%
Autres:	16	25%
Tout le monde	2	3%
Nombre total de réponses	99	
Nombre total de répondants	65	
Nombre moyen de réponses par questionnaire	1,52	

Tableau 20 Public cible du travail en réseau

²³ Par rapport au nombre total de répondants, chaque répondant pouvant donner plusieurs réponses.

Les **enfants** sont de loin le public le plus fréquemment cité pour le réseau, puisqu'ils le sont dans quasi la moitié des cas. Dans la discussion des résultats avec les représentants du secteur, il apparaît en effet que le travail en réseau semble plus fréquent avec les enfants, étant donné la multiplicité des acteurs qui sont souvent impliqués. Ce résultat vient compléter l'analyse en fonction du public (enfants, adultes et mixtes) proposée dans la partie quantitative, qui ne laissait pas apparaître de différences majeures dans le travail en réseau entre enfants et adultes, hormis les partenaires.

Le public avec lequel les professionnels estiment davantage travailler en réseau est aussi défini comme **précarisé**, carencé, en manque de lien, d'où l'intérêt de recréer du lien en se mettant en réseau. C'est ce que mentionnent plus ou moins un tiers des répondants.

La catégorie « autres », qui était très large (situation en lien avec la justice, handicap, assuétudes, ...) est également importante.

Viennent ensuite les détresses multiples et les pathologies graves, les situations lourdes. Ces deux dernières catégories pourraient peut-être, sous certains aspects être rapprochées.

IV. Conclusion intermédiaire de la partie qualitative

Cette partie apporte des résultats intéressants pour le développement du travail en réseau en SSM, en mettant en évidence les facteurs qui le facilitent et qui y constituent un obstacle. Elle permet aussi d'avoir une meilleure connaissance des personnes par lesquelles il est exercé en SSM, ou du moins de leur fonction. Et elle éclaire sur la manière dont le rôle des responsables de réseau peut être décrit. Enfin, elle propose une photographie du public pour lequel les centres ont davantage recours au travail en réseau. Notons qu'à plusieurs reprises au niveau du réseau, les répondants distinguent le travail clinique, autour de la situation, du travail en réseau plus institutionnel.

Les éléments **facilitateurs** du travail en réseau résident essentiellement dans une bonne connaissance préalable entre acteurs : tant au niveau de la personnalisation des relations que de la connaissance de l'offre, des caractéristiques et du fonctionnement du service. Le fait d'avoir déjà une expérience de collaboration positive aide également.

Le fait qu'il y ait une bonne complémentarité institutionnelle (entre différents services du réseau) apparaît aussi comme un facteur facilitant, de même que l'ouverture au travail en réseau et son inscription dans la conception, la politique ou le cadre réglementaire des partenaires.

Les **obstacles** les plus fréquents sont liés à la surcharge des services (délais d'attente, manque de place) couplé au manque de disponibilité des professionnels. La différence au niveau des logiques, des pratiques, des conceptions ou même des missions empêche le travail en réseau dans un tiers des cas. Viennent ensuite les problèmes de déontologie (partage du secret professionnel), associés au manque de communication et d'échange d'informations. Remarquons que les réponses de la catégorie « autres obstacles » pointent déjà les appréciations négatives, le manque de reconnaissance et de confiance entre professionnels et les moments de passages comme les entrées et sorties de service, (ce qui rejoint l'opposition des logiques ambulatoires et résidentielles). Elles mériteraient d'être encore approfondies.

Pour ce qui est des **personnes** qui travaillent en réseau au sein du SSM, il est intéressant de noter que la grande majorité (71%) répond qu'il s'agit de minimum 3 fonctions différentes,

voire de toute l'équipe. Certains remettent toutefois en cause la désignation d'une personne par rapport à sa fonction. D'autres rappellent que tout le monde travaille en réseau, tout en désignant une personne en particulier. Les cas où il s'agit d'une seule fonction ou d'une combinaison de fonctions sont minoritaires (4 et 8%). Les deux fonctions les plus fréquemment citées étant l'assistant social et le psychologue (l'écart entre les deux étant minime). Le psychiatre et le responsable de la gestion journalière sont tout de même mentionnés dans environ 30% des cas.

Quant aux **fonctions des personnes désignées** comme « responsables des contacts avec le réseau », c'est la fonction d'assistant social la plus couramment citée, quand on envisage l'occurrence des fonctions dans l'absolu ; le responsable de la gestion journalière arrive en second lieu. Les psychologues sont nettement moins souvent mentionnés.

Quand on examine les combinaisons de fonctions de ces « responsables réseau », il y a autant de cas où au moins deux personnes sont chargées des contacts avec le réseau que de cas où elle est seule.

Les configurations les plus fréquentes étant : l'assistant social seul, l'assistant et le responsable de la gestion journalière (RGJ) et le RGJ seul. Ce dernier joue donc un rôle important, comme responsable du réseau (souvent au niveau institutionnel) mais dans une moindre mesure encore que l'assistant social. Ces éléments paraissent importants à prendre en considération dans l'optique de la mise en œuvre d'une fonction de liaison.

Le **rôle des responsables** de réseau est très varié : représentation institutionnelle, coordination, circulation d'information, lien entre l'intérieur et l'extérieur, dans un but à la fois de mieux faire connaître son service et d'avoir une bonne connaissance de l'offre extérieure. Il peut se traduire concrètement par la participation à des réunions, la signature de conventions et la rédaction ou encore un travail autour de situations d'utilisateurs.

La description du rôle de la fonction de liaison à venir et les attentes à son égard pourraient s'inspirer du rôle du responsable de réseau tel que décrit par les services et se positionner par rapport à lui.

V. Les définitions du réseau

A. *Définitions*

En introduction au questionnaire, une définition du réseau est proposée. Etant donné que le réseau est un terme polysémique²⁴, il nous a paru préférable de proposer une définition du réseau et de demander aux répondants de se positionner par rapport à elle.

Nous avons vu précédemment que 92 % des répondants considèrent que le travail en réseau consiste à la fois en un travail autour d'une situation clinique et en un travail de concertation avec d'autres intervenants, qui s'effectue indépendamment d'une situation particulière.

Cependant, il leur était également demandé de donner leur définition du réseau, pour vérifier si elle correspondait ou non à celle proposée et pour laisser la porte ouverte à d'autres conceptions.

1) Les réponses

Parmi les 73 réponses données, certaines **se positionnent** par rapport aux définitions proposées (23).

- La *majorité* (17) se déclare en accord avec les définitions proposées ou donne des définitions *similaires*, qui englobent les *deux aspects* du travail en réseau : autour d'une situation ou plus institutionnel, autour d'un projet commun.

- Quelques autres SSM (5) le définissent uniquement comme le travail en réseau clinique.

- Un seul relève seulement le volet institutionnel, en le définissant comme « *coordination de pratiques institutionnelles* ».

Les autres définitions insistent sur **différents thèmes** :

1. Collaboration

Cette collaboration se décline en collaboration avec d'autres intervenants ou professionnels, collaboration autour de patients ou de projets. Certains insistent sur les multiples possibilités de collaboration, d'autres qualifient la collaboration de « clinique ».

2. Centration sur les besoins et la spécificité de la situation de l'utilisateur

Plusieurs définitions mettent en évidence que le réseau se centre sur les spécificités de la situation, sur l'utilisateur, qu'il se met en place « *en fonction de LEURS besoins* ». Il s'agit aussi de l'« *appréhender dans sa globalité* » et de sortir d'une vision cloisonnée.

D'autres insistent sur le fait qu'il faut, pour ce faire, recueillir l'*accord* préalable du patient ou de sa famille. Pour un répondant, c'est même « *une condition sine qua non, que l'utilisateur garde sa liberté d'acceptation de participation à ce trajet de soin* ».

Il s'agit donc de proposer la *prise en charge* la plus *adéquate ou adaptée*, d'« *harmoniser et affiner la prise en charge d'une situation particulière* ». D'autres, parlent de « *se laisser utiliser au mieux par les usagers* ». D'autres encore mettent en exergue la multiplicité de services nécessaires : il s'agit de « *permettre aux patients de recourir à plusieurs services en évitant les problèmes de loyauté* ».

Le but est de répondre au mieux à leur problématique : « *le réseau est la mise en œuvre concertée d'un ensemble de ressources présentes sur un territoire en vue de répondre à la problématique de bien-être d'un citoyen et d'intégration d'un usager ou groupe d'utilisateurs* ».

Certaines réponses *élargissent* cette centration sur l'utilisateur de différentes manières :

²⁴ Cfr. I. Deliege, « Le réseau : un concept polysémique », in *Prévention du suicide et pratiques de réseaux*, Liège, Maison du Social, 2004, pp. 300-306.

- à son tissu social : « *recherche active de faire vivre pour le patient son appartenance à un tissu social* »
- à un groupe d'usagers
- ou une population cible (il s'agit de travailler dans leur intérêt).

3. Ensemble de partenaires

Un autre élément de définition récurrent du réseau souligne qu'il s'agit d'un ensemble de partenaires, de professionnels, de « ressources » ou encore d'un « collectif d'institutions » Certains ajoutent cette dimension du réseau « non professionnel » :

- « *l'ensemble des structures de prise en charge (institutions) mais aussi l'ensemble du réseau de support naturel de l'usager* »,

- « *Le réseau est l'ensemble des institutions (santé mentale, 1^e ligne générale, dispositifs d'insertion, etc.) et des personnes (familles, entourages, propriétaires, voisins, etc.) qui représentent des ressources potentielles pour aider les usagers à se maintenir ou à se réinsérer dans leur milieu de vie et à améliorer leur qualité de vie* ». Une autre définition met l'accent à la fois sur la diversité et la dimension commune au sein de cet ensemble: « *Plusieurs intervenants qui travaillent à partir des places différentes à un même objectif* ».

4. Bénéfice

Le réseau se présente comme organisé « *au bénéfice du patient* ». Il apporte « *un plus* » pour le patient, dans la qualité des interactions et des relais proposés. Certains évoquent aussi un « *meilleur outcome* » (c'est-à-dire un meilleur résultat), ou une « *diminution du dropping out* » (c'est-à-dire des patients qui abandonnent).

5. Projet commun

On évoque ici un « *même objectif* », un « *projet commun, formation* », des « *projets d'intérêt général* », des actions de prévention (vs clinique), des buts préventifs (versus curatif), des projets « *inter-services* » via les plates-formes, ou encore un « *travail d'élaboration de pratiques communes* », un « *accord sur des modalités procédures pour partager une situation clinique ou un projet* ».

La cohérence et la convergence au sein du réseau sont également mises en exergue. De même que la dimension du temps et la volonté.

6. Autres éléments

Il y a également des éléments sur la *formalisation* ou non du réseau, qui fait débat. Différentes positions sont possibles : pour certains, le travail en réseau clinique est essentiel à côté du réseau institutionnel et il ne doit pas être formalisé, il est aussi question d'« *acteurs libres* ». D'autres définissent le travail en réseau comme « *la formalisation de l'informel* ».

La question du réseau apparaît intrinsèquement liée au *territoire* dans certains cas et « *sans frontière territoriale* » dans d'autres.

Plusieurs insistent aussi sur les *contacts* (notamment par téléphone), les échanges réguliers, la rencontre des professionnels que le réseau implique et le fait que cela permet d'« *être mieux connu et identifié* ».

Pour certains, le réseau doit permettre la *continuité*. D'autres encore insistent sur sa forme non pyramidale.

2) Discussion des résultats

Précisons que, comme il s'agit d'éléments de définition, nous n'avons pas réalisé d'analyse chiffrée, hormis pour le **positionnement** par rapport aux définitions proposées.

Les résultats présentent une majorité de réponses similaires aux définitions proposées dans le questionnaire, qui insistent sur les deux volets : travail autour d'une situation et indépendamment de celle-ci, autrement dit réseau clinique et réseau institutionnel.

Seuls quelques-uns considèrent uniquement le volet clinique. Et un seul, le volet institutionnel.

Cela **confirme** donc les résultats chiffrés de la première partie, où seuls 7.8% des répondants considèrent que le réseau est uniquement clinique.

Quant au **contenu des réponses**, parmi les 6 éléments de définition repris par les répondants :

- 4 d'entre eux étaient *déjà présents* dans les définitions proposées dans le questionnaire : la collaboration, la centration sur la situation de l'utilisateur, l'ensemble de partenaires et le projet commun.

- Certains éléments sont *étouffés*. Le travail sur une situation est, par exemple, complété par l'idée de centration sur les besoins de l'utilisateur et l'élargissement possible à un type de public. Le projet commun est exemplifié : projets d'intérêt général, actions de prévention, élaboration de pratiques ou de procédures communes.

- Des éléments *neufs* sont amenés par les répondants : la dimension de « bénéfique » ou de « plus » qu'apporte le réseau. Certains points font débat : la formalisation et le territoire, qui sont tour à tour considérés comme indispensables à la définition du réseau ou en sont exclus, selon les réponses. Ce qui pointe déjà des questions potentiellement sensibles dans le secteur.

Dans les grandes lignes, on peut donc considérer que **les définitions du réseau proposées initialement sont confirmées** par cette question, moyennant quelques compléments d'information.

B. Interaction entre les différents types de réseaux

Pour rappel, deux acceptations possibles du réseau sont proposées dans le questionnaire : « réseau clinique », travail avec d'autres intervenants autour d'une situation clinique ou d'une famille et « réseau » institutionnel, travail de concertation entre intervenants indépendamment d'une situation. Et 92% des répondants considèrent que le réseau recouvre les deux.

Quand on les interroge sur les relations entre ces deux types de réseau («1. b) D'après vous, l'un peut-il faciliter l'autre ? »), 98% des répondants trouvent qu'un type de travail en réseau peut faciliter l'autre.

Dans la réponse à cette question (« En quoi ? »), ils l'explicitent.

Parmi les réponses, **deux axes** ont été dégagés en particulier : d'une part, le **sens** des mécanismes d'influence et d'autre part, les **éléments** particuliers du **processus** mis en avant. Précisons qu'il s'agit souvent de réponses multiples. Le nombre total de réponses est donc supérieur au nombre total de répondants.

1) Le sens du mécanisme d'influence

Trois catégories de réponses apparaissent au niveau du sens de l'influence :

- le **réseau institutionnel facilite** le travail sur les situations cliniques

Par exemple : « à travers les réunions de concertation, il permet d'enrichir la pratique »

- Le travail et la **réflexion autour d'un cas** (réseau clinique) permettent une collaboration, une concertation qui va au-delà, voire des projets institutionnels communs.
- Cela va dans **les 2 sens** : réseau institutionnel et clinique s'influencent réciproquement. Par exemple, « en dégagant de situations pratiques des besoins

spécifiques. Enrichissement mutuel au travers des perceptions et approches différentes ».

Sens de l'influence entre types de réseaux	Nbre rép.	% ²⁵
Le réseau institutionnel facilite le travail sur les situations cliniques	16	40%
Le travail autour d'un cas permet une collaboration au-delà ou des projets institutionnels communs	3	8%
Dans les 2 sens : réseau institutionnel et clinique s'influencent réciproquement	21	53%
Total	40	100%

Tableau 21 Sens de l'influence entre les types de réseaux

A titre indicatif, la **majorité** des SSM ayant donné une réponse concernant le sens de l'influence trouve donc qu'il s'agit d'un processus **d'influence réciproque**.

Ils sont tout de même 40% d'entre eux à surtout mettre en avant l'apport du travail en réseau institutionnel pour le travail en réseau sur les cas pratiques.

Il est intéressant de prendre en considération cet élément par rapport à la réflexion sur la perspective d'une **fonction de liaison**. Si le travail en réseau institutionnel devait être amené à être séparé du travail en réseau « clinique », c'est-à-dire exercé par des personnes différentes, on peut se demander si le bénéfice du travail en réseau institutionnel, pourrait continuer à se faire sentir au niveau du travail clinique.

En effet, d'après la discussion des résultats avec les professionnels, actuellement, dans les équipes, même quand c'est le responsable de la gestion journalière qui s'occupe du travail en réseau institutionnel, il est généralement aussi impliqué dans la clinique (puisque ça ne représente jamais un temps plein). On peut aussi se demander quelle implication dans la clinique garderait cette personne si elle s'occupait à la fois de la gestion journalière et de la liaison ?

2) Les éléments mis en avant dans le mécanisme

(a) *Les réponses*

A côté du sens de l'influence, on trouve aussi des éléments de réponses sur le mécanisme de facilitation et d'influence entre réseaux. Les éléments suivants jouent dans ce processus, d'après les répondants.

1. La connaissance du réseau

Elle porte sur différents sujets, selon les cas : l'existence de différents services, « *les autres institutions* », les structures, leurs missions, leurs mandats, leur mode de fonctionnement et le cadre, « *les personnes qui les composent* » (connaissances interpersonnelles) ; les pratiques. On parle aussi d'« *identification des partenaires* ».

Parfois, le mécanisme fonctionne dans l'autre sens : le réseau sert à « *faire connaître le service, nos pratiques* ».

Cette connaissance est décrite comme **facilitant** différentes choses :

- le travail en commun

²⁵ Par rapport au nombre de réponses de ce type.

- les relais ou l'orientation (le passage des patients d'une structure à l'autre)
- l'efficacité du travail clinique (« le réseau est plus efficace quand il est personnalisé » ; « meilleure connaissance du réseau institutionnel permet une meilleure mise en perspective des pratiques cliniques autour d'une personne et donc un gain dans la qualité des envois et prises en charge. »)

- la collaboration

- l'enrichissement de la pratique clinique.

- « la création de lieux ponctuels, non formalisés mais entièrement opérationnels »

2. La confiance réciproque, le respect

« Une bonne connaissance des partenaires au niveau de leur mandat, de leur mode de fonctionnement amène respect du travail de l'autre, confiance et permet de finaliser des collaborations au profit des usagers ».

L'importance de la reconnaissance est aussi soulignée.

3. Liens, relations, contacts

Il s'agit de créer des liens avec des personnes. La meilleure connaissance des structures et des personnes permet que des liens s'établissent, plus facilement.

4. Communication

Elle facilite la rapidité de communication.

5. Réunions

Des professionnels de la santé mentale qui se rencontrent.

6. Autres

Complémentarité, cohérence et meilleure adéquation de l'offre et de la demande, coordination, « perfectionnement du savoir ». Par exemple, « des interventions cliniques (psycho-médico-sociales) ne peuvent être efficaces que dans un contexte ou un dispositif le plus cohérent et le plus complémentaire possible ».

7. Collaboration

Il y est question du travail en commun ou d'apprendre à travailler ensemble.

8. Partenariat

Les procédures communes sont aussi évoquées.

(b) Leur fréquence

A titre indicatif, la fréquence des résultats se répartit comme suit, par rapport au nombre de réponses total et par rapport au nombre de répondants à la question :

Thèmes	Nbre réponses	% (réponses)	% (répondants)
Connaissance	49	50%	73%
Confiance respect	9	9%	13%
Liens, contacts	10	10%	15%
Communication	4	4%	6%
Réunion	3	3%	4%
Collaboration	10	10%	15%
Autres	6	6%	9%
Procédure commune	7	7%	10%
Total du nombre de réponses	98	100%	146%
Nombre de répondants	67		

Tableau 22Eléments d'influence entre réseau clinique et institutionnel

C'est l'importance de la **connaissance entre membres du réseau** qui est de loin citée le plus souvent. La confiance, le respect, les liens, les contacts et la collaboration sont également des éléments importants, même s'ils sont, numériquement, cités moins souvent.

C. Conclusion

La majorité de ceux qui se positionnent par rapport aux **définitions** du réseau dans le questionnaire dit être **d'accord** avec celles proposées et considère que le réseau comporte à la fois un aspect de réseau clinique, lié à des situations et de réseau institutionnel, davantage indépendant de celles-ci. Seuls quelques-uns considèrent essentiellement l'aspect clinique dans le réseau.

Les définitions du réseau proposées initialement semblent pouvoir être **confirmées** par les réponses données (on y retrouve la dimension d'un ensemble de partenaires, de collaboration, de projet commun et de centration sur un usager) moyennant quelques compléments d'information : ils y ajoutent la dimension d'un « plus » apporté par le réseau (qu'il y aurait peut-être lieu de préciser), développent la centration sur les besoins de l'utilisateur et l'élargissent à son tissu social ou à une population cible.

Pour ce qui est de l'**interaction entre les réseaux cliniques et les réseaux institutionnels**, la moitié des répondants la considère comme un processus à double sens. Mais 40% d'entre eux se focalisent essentiellement sur le fait que le réseau institutionnel peut faciliter le travail en réseau autour de situations cliniques.

Par rapport à la perspective d'une fonction de liaison, ces résultats peuvent laisser penser que si les réseaux institutionnels sont renforcés, développés ou améliorés, cela peut entraîner des améliorations et des bénéfices au niveau des réseaux cliniques. Cependant, il faut être bien attentif aux modalités selon lesquelles cela peut se faire. Par exemple, le travail en réseau institutionnel continue-t-il à aider le travail en réseau clinique s'ils sont exercés par des personnes différentes ? Il faudrait creuser cette question, avant de tirer des conclusions trop rapides.

Quant aux mécanismes qui jouent dans l'interaction et à la facilitation des deux types de réseaux, la **connaissance du réseau**, des personnes qui le composent, des services et des pratiques joue un rôle primordial. Notons que cet élément était déjà apparu comme un « *principe de fonctionnement en réseau* » dans les précédents travaux sur le réseau de l'IWSM²⁶. Cela facilite le travail en commun, les relais, l'efficacité du travail clinique.

D'autres éléments, qui y sont plus ou moins liés, entrent encore en jeu dans ce processus : la **confiance** et le respect vis-à-vis de l'autre, **les liens** et les contacts qui existent ainsi que la **collaboration**, le fait d'apprendre à travailler ensemble.

²⁶ Cfr. Deliège I., Bontemps C. (dir), *Travailler en réseau en santé mentale*, Rapport de recherche IWSM, octobre 2007.

VI. Les collaborations et leurs raisons

A. *Les raisons des collaborations*

1) Rappel : les partenaires principaux

Pour rappel, l'analyse de la question 3b sur les 3 partenaires principaux des SSM a permis de donner une idée de l'importance relative des partenariats avec les différents secteurs en SSM, comme l'illustre le graphique ci-dessous.

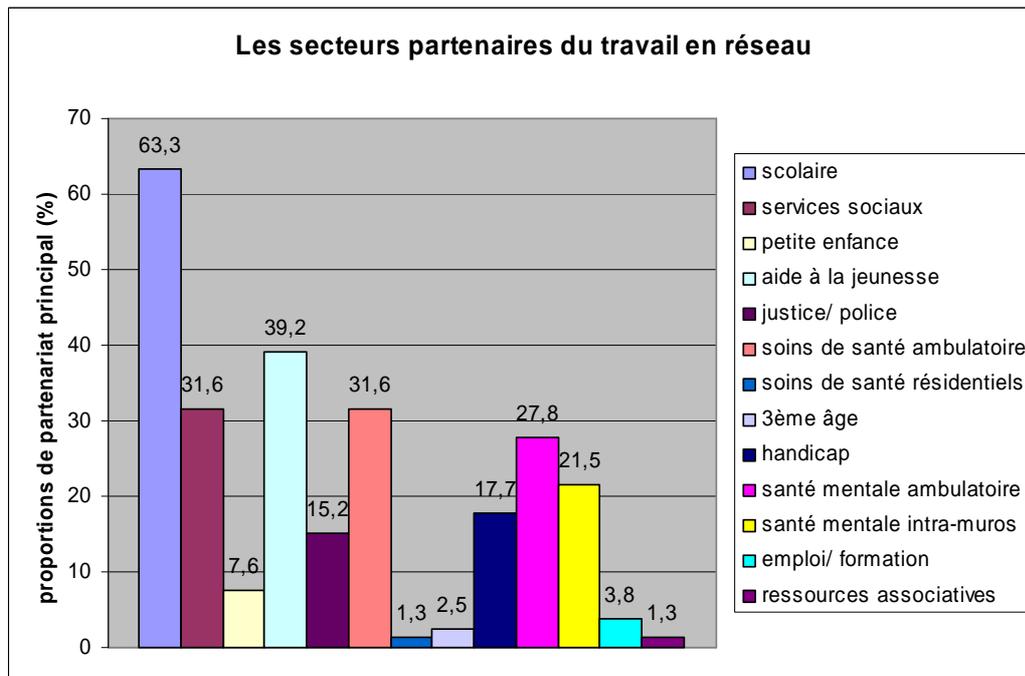


Figure 10 Les principaux secteurs partenaires des SSM

Les secteurs les plus cités comme partenaires principaux, tous SSM confondus, sont par ordre d'importance :

1. le secteur scolaire
2. l'aide à la jeunesse
3. les services sociaux
les soins de santé ambulatoires
4. la santé mentale ambulatoire
5. la santé mentale intra-muros

2) Raisons de ces partenariats principaux

Dans le questionnaire, il est également demandé aux équipes des SSM les raisons pour lesquelles ils travaillent principalement avec ces partenaires (4.A)

Des possibilités de réponses étaient proposées en annexes : il s'agissait des mêmes que pour les éléments facilitateurs du réseau.

(a) Les réponses

Pour analyser les réponses, nous avons repris les catégories proposées en annexe, telles qu'elles ont été « réaménagées » suite au traitement de la question « facilitateurs » (avec quelques regroupements et une nouvelle catégorie).

Elles sont au nombre de 13 et sont détaillées ci-dessous :

1. Bonnes relations

On cite les affinités relationnelles. Un service explique : « *Ce sont des institutions avec lesquelles se sont nouées des liens privilégiés* ».

2. Connaissance du service / personnes

A laquelle il faut ajouter la « *confiance réciproque* ».

3. Complémentarités institutionnelles

Complémentarité des compétences, des prises en charge, des « ressources d'aide ou de soins ». De manière plus précise, « *ils nous permettent de construire des actions / du travail que, seuls, on ne pourrait mener* ».

Un centre ajoute que cette complémentarité est en lien avec la *population*, qui varie d'une réponse à l'autre : « *psychotiques* », « *des adultes, dont une majorité présente une pathologie psychiatrique* », « *toxicomanes* »...

4. Inscription du réseau (total)

Il peut s'agir de l'inscription dans le cadre règlementaire, certains ajoutent la référence à des accords de coopération, des « *conventions établies* » (avec la justice), un « *décret* ».

Mais aussi de l'inscription dans leurs missions : « *cela répond à nos missions d'une équipe spécifique enfants/adolescents* ». Ou encore d'une volonté du service : « *volonté de travailler en tenant compte de tous les partenaires* ».

5. Caractéristiques du territoire

« *Ce sont des partenariats établis dans une même zone géographique* ». Un centre parle aussi de proximité : « *réseau local déjà connu et proche géographiquement de la clientèle*. »

6. Collaboration passée

7. Disponibilité

Associée à la gratuité : « *disponibilité des services (gratuité)* ».

8. Caractéristiques de la situation / fréquentation par nos usagers

Les collaborations s'expliquent ici « *parce que les situations sont déjà connues par d'autres services* » ou ceux-ci sont décrits comme les « *co-intervenants naturels principaux* ».

Les collaborations dépendent « *des besoins de la personne et de son environnement* ». Il faut qu'il y ait une « *adéquation des services au regard de la situation clinique* ».

Certains mettent l'accent sur le côté véritablement *au cas par cas* : « *ce qui se dessine au cas par cas, par une rencontre accidentelle, événementielle entre l'utilisateur, sa famille, son entourage et le service auquel il s'adresse* ». D'autres mettent davantage en exergue un *certain type de public* du centre ou de problématiques pour expliquer une partie des partenariats qui se développent : « *Au niveau préventif: nous sommes amenés à travailler avec les collaborateurs liés spécialement à l'enfance.* » ; « *caractéristique des patients et des projets menés au sein du service (AICS et toxico)* » ; « *Personnes âgées (leur principal partenaire) : nous avons une équipe spécifique* » ; « *Complémentarité par rapport aux patients du Centre, à savoir des adultes, dont une majorité présente une pathologie psychiatrique.* »

C'est parfois présenté sous l'angle inverse, de la présence de ces intervenants dans le réseau de la personne : « *présence des partenaires dans le réseau de la personne* ».

Parfois le partenariat est même présenté comme une « *nécessité par rapport aux demandes des usagers* » ou comme se faisant à leur demande : « *Ce sont les partenaires que la famille nous indique comme étant importants pour elle* » ; « *pour répondre aux sollicitations des*

usagers » ; « ce sont eux que les patients nous amènent le plus souvent avec eux dans la consultation ».

9. Compréhension entre équipes

Il peut s'agir d'une « facilité de compréhension entre équipes en terme d'objectifs et de collaborations » ou du fait de « partager, en gros, les mêmes philosophies de travail ».

10. Projets communs

11. Compatibilité des horaires

12. Moyens financiers

Mais c'est plus évoqué du point de vue des usagers : accessibilité financière, « moyens financiers réduits d'une grande partie des usagers ». La gratuité est aussi un argument.

13. Envoyeurs principaux

En général, ils disent : ces services sont nos envoyeurs principaux, les « partenaires porteurs de la demande ». Un service ajoute : « nous sommes leurs envoyeurs ». Il est précisé qu'« ils apportent dans certains cas des solutions (ressources) ».

Un service explique même à quelle fin cette relation avec les envoyeurs est utile « pour inclure la demande des envoyeurs (à la prise en charge) et parfois pour faire le point de leur évolution ». Une raison est aussi avancée : « ce sont eux qui le plus souvent aussi cherchent à activer le réseau autour de l'utilisateur ou à y apporter leur contribution volontaire. »

14. Autres

On peut y dégager différents aspects. Pour chacun d'eux, quelques exemples de réponses sont proposés.

- L'aspect « en fonction des demandes qui nous sont adressées » :

« On collabore avec les partenaires qui en font la demande ».

- L'aspect plus aléatoire :

« Ce sont les circonstances qui nous y ont conduit (appels de leur part) »

- L'aspect historique :

« Caractéristiques historiques » ; « notre pratique axée principalement sur le diagnostic et l'orientation (enfant et adolescents) et notre acceptation de travail avec le milieu judiciaire (SPJ, SAJ) ont créé ce réseau. »

- Les aspects communs :

« Communauté d'intérêt », « Intérêt réciproque pour la méthode de travail (réseau) »

- Aspects cliniques : « cela fait partie des nécessités cliniques », « notre champ d'application clinique est commun ».

- Aspects institutionnels : « Avec beaucoup de ces partenaires des liens structurels sont établis ». L'appartenance institutionnelle à une même structure (asbl ou autre) qui « facilite et renforce les liens de collaboration avec l'unité d'hospitalisation, le service des urgences, l'habitation protégée et le service de soins psychiatriques à domicile. »

A côté des réponses qui entrent dans ces catégories de raisons de collaboration,

- Il y a aussi certaines réponses qui viennent **expliquer leurs choix quant aux secteurs partenaires** (question 3B1):

« Le milieu scolaire est principalement le lieu où sont détectées les difficultés des enfants et adolescents. Concernant le "handicap" le centre a pour mission d'orienter les jeunes vers des structures adéquates et de s'assurer de leur évolution. La collaboration avec l'aide à la jeunesse se justifie par le nombre croissant de situations où les jeunes se trouvent malmenés par des situations familiales très complexes (violences conjugales, contextes de séparations difficiles où les enfants sont les enjeux). »

- Quelques réponses viennent aussi **critiquer** l'idée de l'existence de **partenaires prioritaires**, (comme le suppose la question) :

Certains centres affirment travailler avec tout le monde, cela dépend des problématiques : « Nous travaillons avec l'ensemble des secteurs cochés en 3.a. Pas de secteur prioritaire car cela varie selon les problématiques traitées et celles-ci sont très vastes : alcool, toxicomanie, tous problèmes de santé mentale, parents toxicomanes. »

D'autres critiquent le fait de se centrer sur des **secteurs** pour définir les partenariats principaux : « il faut d'abord signaler que ceci ne représente que des chiffres regroupés autour de "secteur" ce qui a pour effet d'occulter des partenariats tout aussi actifs. »

Enfin, un centre trouve que « cette liste n'est pas exhaustive, il y a des autres partenaires très importants », sans donner d'exemple.

- Certaines réponses font se rejoindre **deux types de catégories**,

Notamment la complémentarité institutionnelle et les caractéristiques des usagers, p. ex. « Les problèmes les plus fréquents rencontrés par nos usagers concernent aussi leurs missions. »

Ce rapprochement pourrait s'expliquer du fait qu'il s'agit du volet « offre » et « demande » de la même question.

(b) Leur fréquence

Examinons la fréquence des réponses des différentes catégories précitées.

Raisons des collaborations	Nbre réponses	% (répondants)	% (réponses)
Bonnes relations	12	17,39%	6,80%
Connaissance du service / personnes	10	14,49%	5,70%
Complémentarités institutionnelles	31	44,93%	17,60%
Inscription du réseau (total)	19	27,54%	10,80%
Caractéristiques du territoire	12	17,39%	6,80%
Disponibilité	2	2,90%	1,10%
Caractéristiques de la situation / Fréquentation par nos usagers	38	55,07%	21,60%
Compréhension entre équipes	4	5,80%	2,30%
Projets communs	2	2,90%	1,10%
Compatibilité des horaires	1	1,45%	0,60%
Moyens financiers	8	11,59%	4,50%
Envoyeurs	15	21,74%	8,50%
Autres	22	31,88%	12,50%
Total	176	2,55072464	100,00%
Nombre de répondants	69		

Tableau 23 Raisons des collaborations avec les partenaires

Le graphique suivant permet de visualiser l'importance relative de chacune de ces catégories.

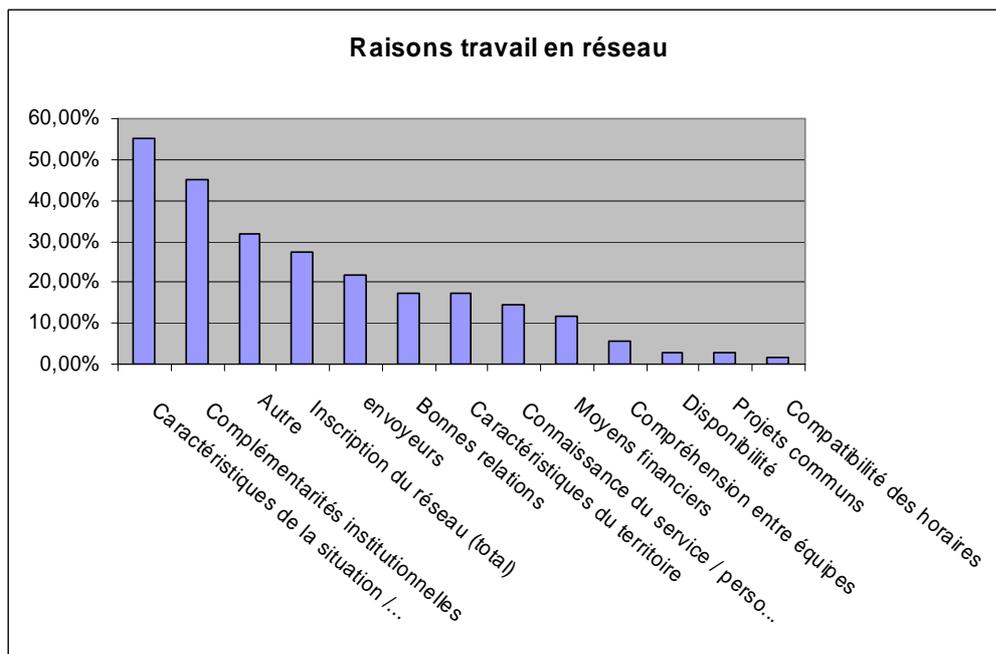


Figure 11 Raisons des collaborations avec les partenaires

Ce sont de loin les **caractéristiques de la situation** (de l'usager ou du public) et le fait qu'il fréquente déjà ce service (voire sa demande en ce sens) qui expliquent le plus fréquemment pourquoi des partenariats se développent prioritairement avec certains secteurs ou services (comme le secteur scolaire, l'aide à la jeunesse, les services sociaux et les soins de santé ambulatoires, pour les plus fréquents en moyenne).

Viennent ensuite les complémentarités institutionnelles, puis les « autres » éléments, qui mettent en évidence le côté aléatoire, historique ou dépendant des demandes des collaborations qui s'installent au sein du réseau. Ces résultats sont illustrés par le graphique suivant.

Il est aussi intéressant de **comparer les résultats des raisons** que les SSM donnent à ces partenariats principaux (en répondant à la question « Pourquoi travaillez-vous prioritairement avec ces partenaires ? ») par rapport aux éléments qu'ils identifient comme **facilitant** ces relations, déjà analysés précédemment.

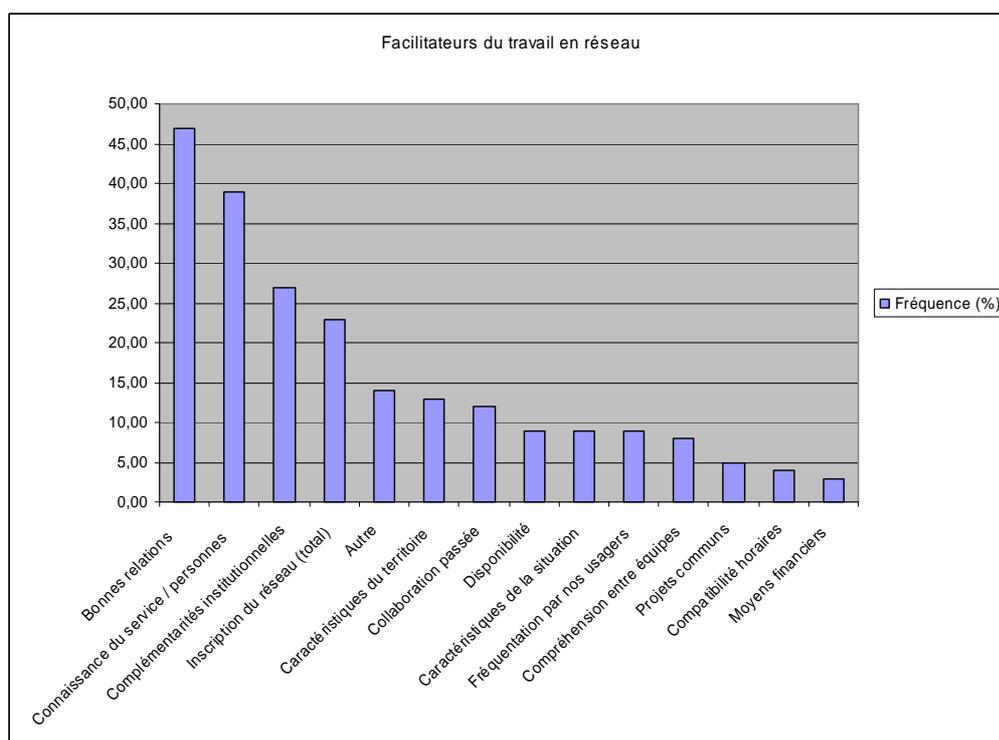


Figure 12 Facilitateurs du travail en réseau avec les partenaires

Notons que les bonnes relations ou les connaissances préalables constituent les deux facilitateurs principaux mais qu'elles n'apparaissent qu'en 6^e et 8^e place dans **les raisons** avancées par les services pour expliquer pourquoi ils travaillent principalement avec ces partenaires.

Par contre, les complémentarités institutionnelles sont relativement fréquemment citées à la fois en tant que raisons qui expliquent pourquoi les partenariats principaux (il apparaît en 2^e position) et en tant que facilitateurs des relations (en 3^e position).

(c) Discussion

La raison principale pour laquelle les services collaborent plus avec tel partenaire est liée aux caractéristiques de la situation. Elle se situe davantage du côté du patient. La seconde reflète davantage un état de fait du côté institutionnel : nos institutions sont complémentaires. Une autre raison importante réside dans l'inscription du réseau dans la politique de l'institution ; il s'agit également d'un élément identifié comme facilitateur. Il est davantage lié à un aspect « volontariste » du centre (sauf s'il est question de l'inscription dans le décret).

Pour les facilitateurs des relations, les SSM évoquent des éléments de réponse qui semblent se situer davantage du côté des professionnels et de l'offre de soins : les bonnes relations, la connaissance réciproque et les complémentarités institutionnelles.

B. L'absence de collaboration

1) Les secteurs ou services « non partenaires »

Il s'agit des réponses à la question 5) A. « Avec quels partenaires ne travaillez-vous pas ? ». Les SSM pouvaient ici répondre par secteur ou par service.

(a) Les réponses

Les réponses données par les centres de santé mentale ne font pas que mentionner des secteurs ou services avec lesquels ils ne travaillent pas. Elles s'organisent selon les catégories suivantes :

- **Non réponse**

Elles sont au nombre de 4, soit un taux de non-réponse de 5.1%, ce qui est relativement peu élevé, quand on sait qu'interroger les équipes sur ce qu'elles ne font pas peut être difficile, voire un peu tabou²⁷.

- « **Aucun secteur** »

Ils sont tout de même 15 % à déclarer : « *aucun secteur n'est exclu de notre travail* ». Ils se disent ouverts à tous les secteurs ou services, même si la collaboration ne se concrétise pas toujours : « *aucun service n'est rejeté mais dans la pratique certains services ne sont jamais en contact* ». Certains mettent cette collaboration avec tous les secteurs en lien avec leur mission généraliste : « *Au regard de la mission généraliste du SSM, nous sommes ouverts à une collaboration avec tous les partenaires composant le réseau* ».

- **En fonction de la personne**

Ces réponses refusent d'expliquer l'absence de collaboration en raison de l'appartenance à un secteur ou un type de service. Pour eux, c'est davantage lié à la personne, à ses besoins et sa volonté : « *Pas d'a priori, cela se fait en fonction des besoins de la personne qui consulte* » ; « *Pas un réseau en particulier. Quand on ne travaille pas en réseau, c'est suite à un refus du patient. Toutes les situations cliniques ne justifient pas que l'on travaille en réseau.* »

- **Secteur mixte :**

Certains répondent en nommant des secteurs plus larges que les catégories de secteurs proposées, par exemple « *tout ce qui tourne autour de l'enfance* » (cela peut être l'Aide à la Jeunesse, la petite enfance ou l'école), « *les services qui n'ont pas d'implication dans la santé mentale* ».

L'un cite un secteur avec des exceptions : « *milieu associatif qui est le moins impliqué dans notre travail de réseau SAUF en ce qui concerne le travail spécifique des "groupes de la mémoire" dans lequel les contacts avec le milieu associatif "Troisième âge" est très important.* »

- **Secteurs ou services particuliers**

Trois-quarts des réponses à cette question (soit 56) désignent un ou plusieurs secteurs ou services en particulier. Notons déjà que, même quand ils citent des secteurs ou des services, plusieurs SSM **nuancent** l'absence de **collaboration** en disant qu'elle est **moindre ou ponctuelle** avec eux, certains signalent qu'ils y sont cependant ouverts, en stipulant par exemple que « *si nécessaire la collaboration peut s'installer* ».

Quant au **détail des services cités** comme non partenaires : en général, ils citent peu les services, c'est plutôt le secteur en général. Toutefois, les services suivants sont cités quelques fois (3 à 4 fois) : la mutuelle dans le secteur social, la police pour police / justice, les maisons de repos pour le 3^e âge, les services de toxicomanie pour la santé mentale ambulatoire²⁸.

²⁷ C. Bontemps, V. Olivier, M. Viaene, *L'offre de soins et les collaborations dans le champ de la santé mentale des enfants et des adolescentes dans les régions du Centre et de Charleroi*, Rapport intermédiaire, IWSM, 2008, p. 23.

²⁸ Nous avons décidé de ne pas reprendre ici les nombreux services qui n'étaient cités qu'une fois, en supposant que cela reflétait une situation singulière propre à un service.

(b) Leur fréquence

Analysons d'abord les réponses **par secteur**, quand le secteur en lui-même est cité comme non partenaire. Elles seront ensuite envisagées par regroupement « **secteur + services de ce secteur** », obtenu en recodant l'ensemble des services cités en les incluant dans le secteur auquel ils appartiennent et en l'additionnant au score du secteur.

Le tableau suivant présente le nombre de fois où chaque secteur (ou un de ses services) a été cité comme non partenaires²⁹.

Secteurs avec lesquels les SSM ne travaillent pas en réseau	Score par secteur		Score groupé secteur + services	
	Nbre réponses	%	Nbre réponses	%
troisième âge	25	32%	29	38%
emploi-formation	18	23%	23	30%
ressources associatives	17	22%	19	25%
justice et police	12	16%	22	29%
services de la petite enfance	5	6%	5	6%
soins de santé résidentiels	4	5%	6	8%
secteur scolaire	3	4%	4	5%
santé mentale intra-muros	2	3%	4	5%
services sociaux	1	1%	8	10%
aide à la jeunesse	1	1%	3	4%
soins de santé ambulatoire	1	1%	2	3%
santé mentale ambulatoire	1	1%	5	6%
handicap	0	0%	0	0%
Total	90		130	

Tableau 24 Les secteurs (et services) non partenaires du réseau

On note ainsi que quasi 40 % de notre échantillon déclare ne pas travailler en réseau avec le secteur du **troisième âge** ou certains de ces services (fréquences cumulées : secteur + services). Autour de 30 % pointent plutôt **l'emploi et la formation**. La **justice /police** obtiennent un score similaire au niveau des fréquences cumulées. Enfin, un quart des répondants déclare ne pas collaborer avec les **ressources associatives**. Ce résultat serait à mettre en lien avec la question de l'implication des non professionnels dans le réseau qui sera évoquée plus loin.

Le schéma suivant présente une illustration graphique des secteurs (seuls) hors du réseau des SSM.

²⁹ Comme chaque répondant pouvait citer plus d'un secteur, le total est supérieur à l'échantillon.

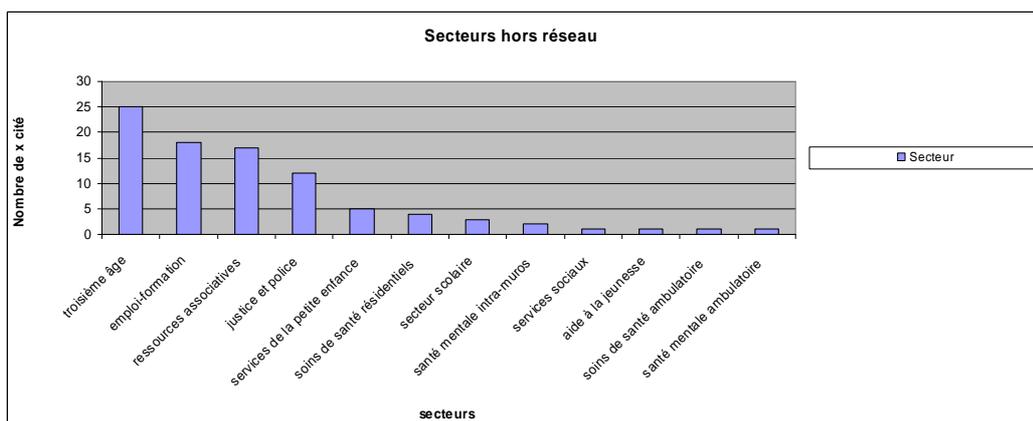


Figure 13 Les secteurs non partenaires

Les secteurs les plus souvent cités comme non partenaires (troisième âge, le secteur de l’emploi, les ressources associatives et la justice) correspondent assez bien aux secteurs les **moins cités dans les secteurs partenaires prioritaires** (à la question 3B).

Seuls les *soins de santé résidentiels* font **exception** : ils avaient un très faible score comme partenaires principaux, mais ne sont que peu cités (entre 4 et 6 fois) comme absents des partenariats des SSM.

La *justice / police* qui avait un score de 15% comme partenaire prioritaire, apparaît ici plus nettement comme non partenaire, dans quasi 30% des cas, pour la fréquence cumulée secteur + services.

Comparons maintenant le nombre de fois où le secteur en tant que tel est cité comme non partenaire et le nombre de fois où le secteur et / ou certains de ses services sont cités comme non partenaires.

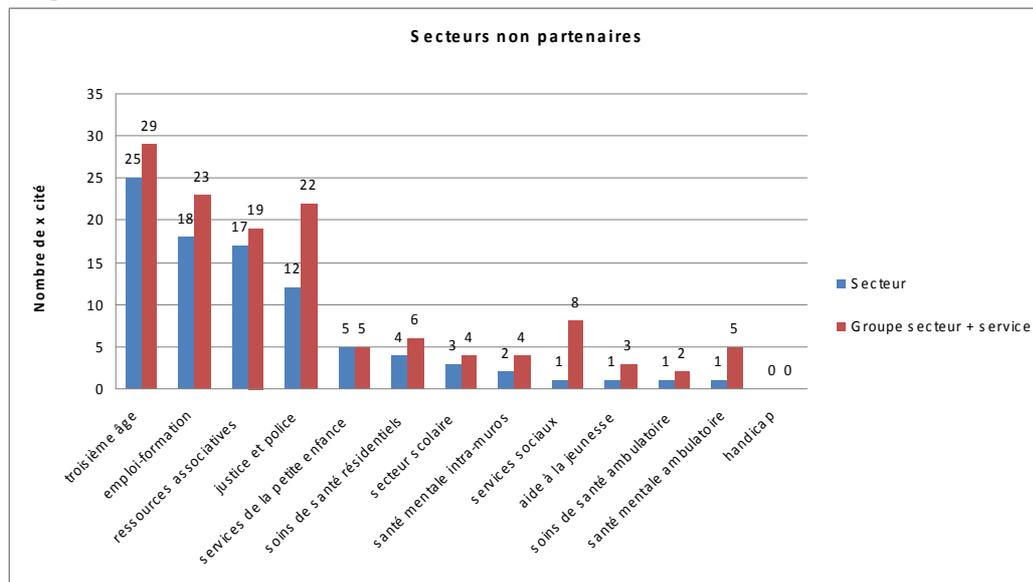


Figure 14 Secteurs et services par secteurs non partenaires du réseau

Les résultats **secteurs et services groupés** restent assez similaires à ceux du secteur seul, si ce n’est pour la justice / police, qui repasse de la 4^e à la 3^e position. Il semble donc que dans ce

secteur, il y ait des difficultés de collaboration avec plus de services spécifiques différents : en l'occurrence la police, les avocats, le service de probation, etc. C'est un peu le cas aussi pour les services sociaux, où les mutuelles sont principalement citées, mais aussi le CPAS, le service d'aide familiale ou senior.

Les **autres réponses à la question** que celles qui désignent des secteurs se répartissent comme indiqué dans le tableau suivant :

Types de réponses	Nombre	% échantillon
non réponse	4	5,19%
aucun secteur	12	15,58%
fonction des besoins/ de la volonté du patient	2	2,60%
Secteur mixte	3	3,90%
Sous total	21	27,27%
secteurs / services particuliers	56	72,73%
Total	77	100%

Tableau 25 Types de réponses à la question des partenaires hors réseau

L'ensemble de ces réponses qui ne désignent pas un secteur particulier ou un secteur «classable » au regard du découpage des secteurs et services proposé, correspond tout de même à environ un quart des réponses (21 sur 77). Le graphique suivant illustre la répartition de ces réponses.

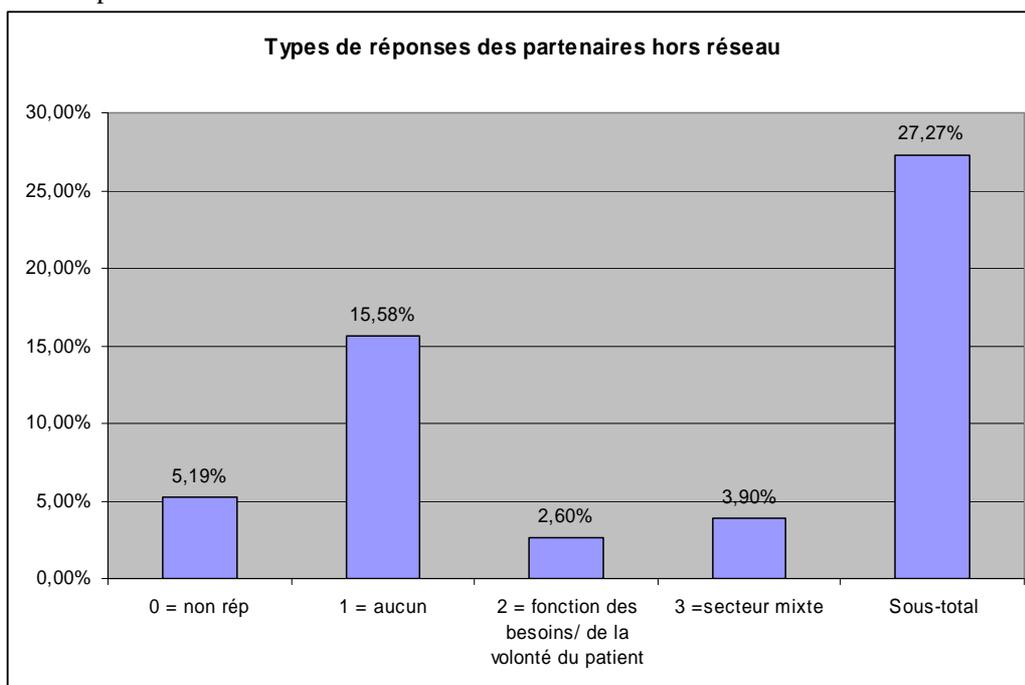


Figure 15 Types de réponses à la question des partenaires hors réseau

Ces réponses viennent nuancer les résultats concernant les secteurs non partenaires: en montrant que certains SSM (15% des répondants) déclarent travailler avec tout le monde. Elles suggèrent que la non collaboration ne dépend pas uniquement du secteur d'appartenance du partenaire potentiel mais est davantage liée aux besoins et à la volonté du patient.

En outre, les réponses désignant un « secteur mixte » pourraient amener à s'interroger sur la pertinence du découpage en secteurs proposé en annexe au questionnaire. Celui-ci est en grande partie basé sur celui des fiches d'encodage des rapports d'activités des SSM et des données épidémiologiques. On pourrait se demander si ces catégories de secteur ne sont pas parfois trop précises.

Les résultats vont être approfondis dans le point suivant, qui porte sur les raisons de l'absence de collaboration.

2) Raisons de l'absence de collaboration

(a) *Les réponses*

Les différentes catégories de réponses à cette question, dégagées sur base des pistes de réflexion proposées en annexe au questionnaire et des réponses effectives, sont les suivantes.

1. Manque de relation ou de connaissance du service

Il s'agit d'explications du style : ce n'est pas un partenaire car « *nous sommes moins en relation avec ce service* ». Ce qui est avancé comme raison semble davantage une description de la situation et de l'état de fait, p. ex., « *les mutuelles ne sont pas des services orienteurs partenaires* ». L'absence de connaissance du partenaire est également mise en avant : « *manque de connaissance personnelle réciproque* ».

Ce type de réponse ne nous donne que peu de complément d'information.

2. Caractéristiques du territoire : l'éloignement

Les services pointent les caractéristiques de l'offre de soins dans la région : « *pas de services de référence dans la région, ou ayant leurs propres ressources* » (à propos des secteurs personnes âgées, emploi, ressources associatives). Un autre met davantage en exergue l'éloignement géographique par rapport à certaines structures : « *Nous avons peu de contact avec les hôpitaux trop éloignés territorialement et certaines institutions non demandeuses* ».

3. Nature du public

Les SSM expliquent qu'ils n'ont pas le même public que ces services, par exemple : « *ce n'est pas la population de l'équipe enfant* », ou « *pas de patients touchés par ces secteurs* » (à propos des maisons de repos).

Les liens qu'entretiennent (ou non) leurs patients avec ce réseau sont également mis en évidence : « *nos patients sont peu en contact avec eux* » ; « *sans doute parce que les circonstances liées à notre patientèle nous ont jusqu'ici incités à choisir des priorités en termes de travail de réseau où ces instances ne sont que très peu représentées.* »

4. Intérêts, objectifs, référents et pratiques différents

Sont ici pointés les référents théoriques manquants, la différence de philosophie d'intervention, par exemple à propos du monde hospitalier : « *Parce que ces partenaires ne construisent pas leur intervention en la centrant sur le patient mais plutôt sur l'institution* ».

Ou encore la différence de mandats à propos du secteur justice / police : « *car nous nous positionnons clairement du côté de l'aide et des soins et pas du côté du contrôle ni de la loi* ».

5. Manque de compétence en la matière ou orientation vers un service plus adéquat

Le service de santé mentale peut pointer son manque de compétence dans le domaine, notamment à propos du 3ème âge, (en assimilant de ce fait quelque peu secteur et public) ou encore en déclarant : « *pour le secteur emploi, nous ne sommes pas compétents.* »

Dans le même ordre d'idée, certains expliquent que cela « *relève des autres équipes spécialisées (externes ou internes)* » ou qu'« *il existe des services autrement outillés que nous pour répondre à ces demandes, services vers lesquels nous réorientons les demandeurs* ».

Ce type de réponse questionne quelque peu les rapports entre équipes généralistes et spécialisées.

6. Préservation du cadre thérapeutique et la confidentialité, absence de secret professionnel partagé

Un souci de préservation du cadre thérapeutique est énoncé : « *préservation du cadre thérapeutique de la relation et de la confidentialité* ». Parfois il peut s'agir de préserver ce cadre de l'interaction avec d'autres secteurs, comme l'emploi ou les ressources associatives de la personne : « *nos patient souhaitent préserver leurs activités associatives de notre intervention.* »

L'absence de secret professionnel partagé et de déontologie partagée sont aussi citées, notamment avec les mêmes secteurs (emploi et ressources associatives). L'établissement d'une relation thérapeutique est basé sur un climat de confiance indispensable, dont le secret professionnel est la base.

7. « Nous sommes ouverts à toutes les collaborations », « tout est possible »

Dans une série de cas, les SSM se déclarent ouverts à toute collaboration. Il leur arrive toutefois de mettre des conditions, comme l'intérêt ou l'accord du patient : « *Nous collaborons au cas par cas, en fonction de l'accord du patient. Pas de frein chez nous. Tous les cas de figures peuvent exister, dans l'intérêt du patient.* »

Certains mettent aussi comme condition à cette ouverture que les « *partenariats soient placés dans un cadre éthique* ».

8. Manque de disponibilité de nos interlocuteurs

9. Législations et réglementations différentes

Il n'y a pas d'exemple particulier complémentaire pour ces deux derniers points peu cités.

10. Absence de demande

Plusieurs réponses évoquent une « *absence de demande* », sans toujours préciser s'il est question de la demande de l'utilisateur ou des partenaires professionnels : « *Pas de demandes psychologiques mais surtout des demandes de diagnostic et peu de demande concernant l'emploi en ce qui concerne les 18 ans* » (concernant les hôpitaux généraux et le 3^e âge).

11. Absence de demande du secteur

Il peut s'agir de l'absence de demande du secteur ou des institutions. Par exemple, à propos du 3^eme âge et des ressources associatives : « *Peu de demande de collaboration émanant de ces milieux. On y traite des problématiques autres que le mal être psychique et les difficultés relationnelles.* »

Dans le même ordre d'idée, l'absence d'envoi de patients par ce secteur peut être pointé : « *3^eme âge : peu de patients. Aucune institution de ce secteur ne nous a référé de patient jusqu'à présent.* »

12. Absence de volonté, demande de l'utilisateur

L'absence de demande peut aussi être localisée dans le chef des usagers. Par exemple, « *nous avons peu de demandes de nos patients en lien avec ce secteur* ». Le cas le plus illustratif à ce niveau est celui des suivis sous contrainte : « *Difficulté de suivi car demande contrainte, il n'y a pas d'engagement* ».

Mais cela peut aussi concerner le domaine professionnel, que le bénéficiaire ne souhaite pas nécessairement voir mêlé à sa demande d'aide, « *ce qui n'empêche pas d'avoir des contacts régulièrement avec la médecine du travail* », comme le précise un SSM.

(b) Leur fréquence

Notons tout d'abord que le taux de non-réponse à cette question est assez important : 17 sur 77 soit 22%. Mais, les absences de collaboration sont souvent, tout comme les situations que

les services refusent, un sujet un peu délicat à aborder, comme l'a montré une recherche sur les collaborations dans le domaine de la santé mentale pour enfants et adolescents³⁰.

Raisons de l'absence de collaboration	Nbre réponses	% (réponses)
1. Manque de relation ou de connaissance du service	5	5,8%
2. Caractéristiques du territoire	3	3,5%
3. Nature du public	15	17,4%
4. Intérêts, objectifs et référents et pratiques différents	9	10,5%
5. Manque de compétence	6	7,0%
6. Préservation du cadre thérapeutique	12	14,0%
7. Ouverture à toutes les collaborations	3	3,5%
8. Manque de disponibilité des interlocuteurs	1	1,2%
9. Législations et réglementations différentes	1	1,2%
10. Absence de demande	14	16,3%
11. Absence de demande du secteur	7	8,1%
12. Absence de volonté, de demande de l'utilisateur	10	11,6%
Total	86	100,0%
Nombre de répondants	60	

Tableau 2627 Raisons de l'absence de collaboration

Les raisons de non collaboration les plus fréquemment évoquées par les SSM sont donc :

- la nature du public, qui exclurait certains partenaires d'office
- l'absence de demande, sans préciser s'il s'agit de celle des bénéficiaires ou des professionnels. Si on combine les trois types d'absence de demande (du secteur, de l'utilisateur et indéterminée), cela devient la réponse la plus fréquente, citée 31 fois, parmi 60 répondants, soit plus de la moitié.
- la préservation du cadre thérapeutique et du secret professionnel, vient en troisième lieu.

(c) *Discussion des résultats*

Certaines collaborations semblent tout simplement exclues, du fait que les intervenants ne travaillent **pas avec le même public**, ne sont donc pas confrontés à ces difficultés. Si la collaboration n'apparaît pas comme nécessaire, ceci ne laisse pas a priori particulièrement entrevoir de pistes pour développer les collaborations.

Par contre, quand la raison évoquée est l'absence de demande, cela peut dessiner des pistes à investiguer pour le développement des réseaux des SSM et de leur inscription en leur sein. Ainsi, si cela est indiqué, on pourrait par exemple se demander si cette **absence de demande** ne peut pas « être travaillée » par les professionnels en SSM, auprès de leurs partenaires potentiels ou de leurs usagers. Il serait aussi intéressant d'approfondir les absences de demande « indéfinies » pour voir s'il s'agit plutôt de celle des professionnels ou des bénéficiaires.

³⁰ C. Bontemps, V. Olivier, M. Viaene, *L'offre de soins et les collaborations dans le champ de la santé mentale des enfants et des adolescentes dans les régions du Centre et de Charleroi*, Rapport intermédiaire, IWSM, 2008, p. 23.

C. Les difficultés de collaboration : les secteurs concernés

Cette analyse se rapporte à la question 6.a « Avec quels secteurs ou services éprouvez-vous des difficultés à travailler en réseau ? ».

1) Préalable

Le taux de réponse est de 12.9%, soit 10 non-réponses.

Et 23 des réponses données par les services ne peuvent être encodées en fonction de la liste de services et de secteurs proposés en annexe.

Ceux qui mentionnent des services et des secteurs dans leur réponse en citent entre 0 et 6, la moyenne étant de 1,5 réponses par questionnaire.

2) Les réponses et remarques concernant l'encodage

Pour traiter les réponses à cette question, nous avons utilisé la grille de services répartis par secteurs proposée en annexe au questionnaire.

On note cependant que différents types **d'autres réponses** qui ne désignent pas un secteur ou un service tel que proposé dans cette grille. Celles-ci sont détaillées ci-dessous.

1. Des secteurs / services qui ne correspondent pas à la liste proposée

Parfois les réponses ne sont pas suffisamment précises par rapport à la liste de services répartis par secteurs utilisée pour l'encodage.

Notamment, quand ils citent « *le secteur hospitalier / les hôpitaux* », cela peut soit renvoyer aux soins de santé résidentiels soit à la santé mentale intra-muros, dans la répartition par secteur proposée en annexe. Par défaut, quand il n'est pas précisé qu'il s'agit d'un hôpital psychiatrique, nous avons considéré qu'il s'agissait d'un hôpital général. Ce cas de figure concerne 3 réponses et doit être pris en considération dans l'analyse du score du secteur des soins de santé résidentiels.

Il arrive également dans les réponses que ce soit l'ambulatoire, de manière générale, qui soit opposé à l'hospitalier. Certains précisent même qu'ils ont des logiques différentes. L'un d'eux indique par exemple qu'il a des difficultés « *avec le service résidentiel* », sans autre forme de précision.

2. Les nuances de la question

Plusieurs répondants précisent qu'ils rencontrent des difficultés avec certains services d'un type particulier (par exemple de protection de l'enfance) ou ajoutent qu'ils ont « parfois » des difficultés avec un type de service.

3. Aucun service ou « ce n'est pas lié à un service / secteur »

Quelques-uns (4) disent n'éprouver de difficulté de collaboration avec personne. D'autres (4) disent que les difficultés ne sont pas liées à un secteur ou un service particulier mais aux situations, à des positions des travailleurs, à la spécificité du travail en réseau, à des objectifs en inadéquation etc.

4. Les nouvelles catégories

Notons aussi que par rapport à la liste proposée, nous avons dû **rajouter** quelques services:

- les logements sociaux

- « Fedasil ». Une autre réponse précise que pour les demandeurs d'asile, ils ont des difficultés de collaboration avec certains CPAS pour la prise en charge de l'aide médicale urgente.
- la maison de justice
- le plan stratégique de prévention et de proximité
- les soins psychiatriques à domicile.

Ces éléments sont peut-être à prendre en compte dans l'optique d'une éventuelle révision ou adaptation des fiches de rapport d'activités dont s'inspire la liste de services et de secteurs proposée dans ce questionnaire.

3) Fréquence des difficultés de collaboration avec les secteurs

Voici comment se répartissent les réponses par secteur, selon qu'elles mentionnent uniquement un secteur ou un secteur (1^{re} colonne) et les services qui en font partie (2^e colonne).

	Nombre répondants mentionnant des difficultés avec ce secteur (n=67)	Nombre répondants mentionnant des difficultés avec ce secteur ou ses services (n=67)
Secteurs proposés :		
- secteur scolaire	1	2
- services sociaux	3	9
- services de la petite enfance	0	0
- aide à la jeunesse	8	26
- justice et police	15	21
- soins de santé ambulatoire	1	8
- soins de santé résidentiels	7	10
- troisième âge	4	6
- handicap	3	6
- santé mentale	0	0
- santé mentale intra-muros	3	9
- emploi-formation	4	5
- ressources associatives	1	1
- total	50	101
- aucun	4	4
- pas lié à 1 secteur /service en particulier	4	4

Tableau 28 Difficultés de travail en réseau par secteur et par secteur + service

De manière générale, notons qu'on compte **2 fois plus** de mentions de difficultés de collaborations quand on considère aussi **les services** et pas seulement les secteurs.

Les réponses **les plus citées, par secteurs** seuls, sont :

- justice et police (15)
- aide et protection de la jeunesse (8)
- soins de santé résidentiels³¹ (7)

³¹ Notons pour ce dernier score qu'il peut avoir été quelque peu surestimé étant donné que toutes les réponses mentionnant « l'hôpital », sans autre précision, ont été incluses dans cette catégorie, comme cela a été mentionné précédemment.

Les réponses **les plus citées, services et secteurs** confondus, (c'est-à-dire si on ramène les services cités à leur secteur d'appartenance), sont :

- L'Aide à la Jeunesse passe en premier (26)
- La police et la justice, en second (21)
- Les soins de santé résidentiels (10)
- Les services sociaux (9)
- La santé mentale intramuros (9)
- Les soins de santé ambulatoire (8)

C'est alors le secteur de l'aide à la Jeunesse qui prend la tête au niveau des difficultés de collaborations, suivi de près par la justice et la police. De nouveaux secteurs apparaissent, après les trois premiers déjà épinglés dans l'analyse par secteurs seuls.

Notons que le secteur et les services de la petite enfance et de la santé mentale ambulatoire ne sont **cités à aucune reprise comme faisant l'objet de difficultés** de collaboration. Et ils ne mentionnent quasi pas de problème de difficultés de collaboration avec le secteur scolaire (2) et les ressources associatives (1).

4) Fréquence des difficultés de collaboration avec les services

Les répondants citent plutôt le secteur de manière générale qu'un service en particulier. Les seuls services cités plus fréquemment sont le Service d'Aide à la Jeunesse (10x) et le Service de Protection de la Jeunesse (7 x), mais ces deux services sont souvent cités pour désigner le secteur également.

Finalement, peu de services sont épinglés en tant que tels comme posant problème au niveau de la collaboration.

Toutefois, parmi les services qui sont cités au moins 5 fois, on trouve :

- Service d'Aide à la Jeunesse (10x)
- Service de Protection de la Jeunesse (7x)
- les omnipraticiens (6x)

Une difficulté de collaboration des SSM avec un nouvel acteur apparaît donc ici dans l'analyse par service : elle concerne les médecins généralistes. Notons qu'une étude réalisée par la Plate-Forme de concertation Namuroise en Santé Mentale avait déjà mis en évidence les difficultés de collaborations des médecins généralistes avec le secteur de la santé mentale³².

³² D. De Vleeschouwer, « Regard de médecins généralistes à propos de leurs collaborations avec le secteur de la santé mentale », in *Le Concertant namurois*, n° 10, 3^e trimestre 2006, pp. 5-15.

5) Comparaison des résultats avec les partenariats (principaux)

Il nous a paru intéressant de confronter les résultats des difficultés de collaboration avec certains secteurs, avec la fréquence à laquelle ils étaient cités comme partenaire ou comme partenaire principal par les SSM.

	Nombre répondants mentionnant des difficultés avec ce partenaire ³³ (n=77)	Proportion de partenariat % (n=77)	Proportion parmi les partenaires principaux % (n=77)
Secteurs proposés :			
- secteur scolaire	2	85.7	63.3
- services sociaux	9	96.1	31.6
- services de la petite enfance	0	83.1	7.6
- aide à la jeunesse	26	93.5	39.2
- justice et police	21	89.6	15.2
- soins de santé ambulatoire	8	97.4	31.6
- soins de santé résidentiels	10	90.9	1.3
- troisième âge	6	41.6	2.5
- handicap	6	90.9	17.7
- santé mentale	0	97.4	27.8
- santé mentale intra-muros	9	94.8	21.5
- emploi-formation	5	72.7	3.8
- ressources associatives	1	70.1	1.3

Tableau 29 Difficultés de travail en réseau et secteurs partenaires (principaux)

En croisant ces résultats, il est intéressant de noter que **l'Aide à la Jeunesse** est fréquemment citée comme secteur partenaire avec lequel travaille le SSM (par 93.5% des SSM), voire comme partenaire principal (par 39% des SSM). Mais il semble aussi que la collaboration entre SSM et secteur de l'aide à la jeunesse soit délicate, puisque ce secteur est fréquemment cité (26 fois) par les SSM comme faisant l'objet de difficultés de collaboration.

Les soins de santé résidentiels, qui ne sont quasi jamais cités comme partenaire principal, sont quand même cités souvent comme partenaire posant problème.

Notons aussi les **partenaires** avec lesquels les SSM collaborent **peu** (très peu cités comme principaux), ne sont **pas** nécessairement cités fréquemment comme faisant l'objet de **difficultés** de collaboration : pour les ressources associatives, quasiment pas (1x), pour l'emploi et la formation (5x) et le troisième âge (6x), peu souvent.

6) Comparaison des résultats avec les absences de collaboration

On peut comparer la fréquence à laquelle les secteurs et leurs services (score globalisé) sont cités comme ne faisant pas l'objet de collaboration avec la fréquence des difficultés de collaboration avec eux. C'est ce qu'illustre la figure suivante.

³³ Score cumulé : secteur + services de ce secteur.

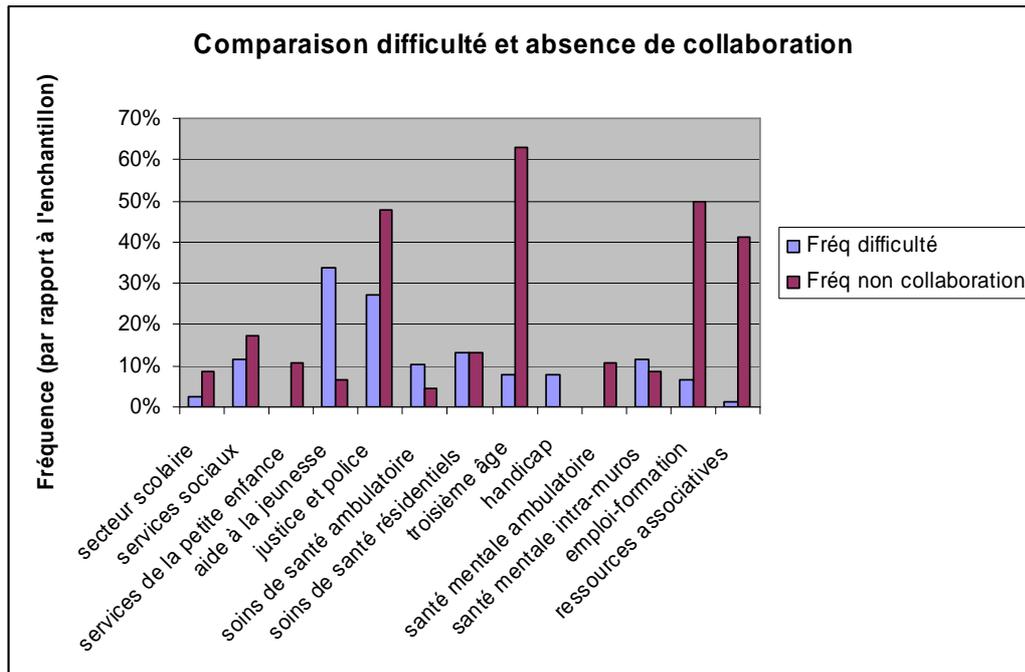


Figure 16 Difficulté et absence de collaboration par secteur.

Un constat : les secteurs qui font l'objet de difficultés de collaboration pour les SSM et ceux avec lesquels les SSM ne collaborent pas ne sont pas nécessairement les mêmes.

De manière générale, les secteurs sont **plus fréquemment cités comme ne faisant pas l'objet de collaboration que comme faisant l'objet de difficultés**, à part l'aide à la jeunesse, et dans une moindre mesure, les soins de santé ambulatoire et la santé mentale intra-muros.

Beaucoup de SSM (aux alentours de la moitié) déclarent ne pas travailler en réseau avec le 3^e âge, le secteur de l'emploi et les ressources associatives. Ces secteurs sont également peu cités comme faisant l'objet de difficultés de collaboration.

On peut faire l'hypothèse qu'il s'agit là de partenariats encore peu développés, (peut-être parce que ces secteurs sont plus éloignés de la santé mentale ?).

A l'inverse, l'aide à la jeunesse et la justice sont les deux secteurs avec lesquels on note le plus de difficultés de collaboration. Pour l'aide à la Jeunesse, les centres de santé mentale qui déclarent éprouver des difficultés à collaborer avec eux sont plus nombreux que ceux qui déclarent ne pas collaborer.

L'aide à la jeunesse constitue donc un secteur spécial : à la fois très souvent secteur partenaire principal et faisant souvent l'objet de difficultés de collaboration. Cela peut probablement s'expliquer en partie du fait de la délicatesse des situations relevant de l'aide à la jeunesse.

Dans le cas de la justice / police, il y a davantage de déclaration de non collaboration que de déclaration de difficultés à ce niveau.

D. Conclusions

Il est intéressant d'examiner les **raisons des collaborations** avec les principaux partenaires des SSM, qui sont, pour rappel : le secteur scolaire, l'aide à la jeunesse, les services sociaux, les soins de santé ambulatoires et la santé mentale tant intra- qu'extra-muros. Les deux principales raisons sont la **complémentarité institutionnelle** avec ce partenaire et les **caractéristiques de la situation** de l'utilisateur. Or on peut considérer qu'il s'agit là en fait des deux facettes d'une même réalité : côté offre de soins des professionnels et côté demande des usagers.

Les secteurs **les plus absents** des collaborations sont le troisième âge, l'emploi et la formation, les ressources associatives et la justice / police.

Les secteurs avec lesquels ils éprouvent le plus de **difficultés de collaboration** sont les acteurs du secteur judiciaire et de l'aide à la jeunesse, autrement dit tous ceux pour lequel une dimension de contrôle est présente.

Au niveau des acteurs faisant l'objet de difficultés de collaborations, des oppositions plus générales que les catégories proposées dans la liste apparaissent, notamment entre l'ambulatoire et l'hospitalier (ou le résidentiel), la santé mentale et le « hors santé mentale ».

De manière transversale, dans toutes les questions qui ont trait aux partenaires principaux, aux « non partenaires » ou aux partenaires posant des difficultés, il y a des centres qui disent **travailler avec tout le monde**. Ils récuse donc l'existence de partenaires « prioritaires » ou de non partenaires. D'autres marquent leur **ouverture au travail avec tous** les secteurs même s'ils reconnaissent que, dans la pratique, ce n'est pas toujours concrétisé. Une certaine ouverture au développement de partenariat en SSM semble donc présente, elle est justifiée par certains en lien avec leur mission généraliste.

Si on s'attarde sur les **raisons de l'absence de collaboration** avec certains secteurs, on retrouve la *nature du public* (qui apparaît aussi dans les raisons de collaboration), *l'absence de demande ou de volonté*, qu'elle soit située du côté de l'utilisateur, des professionnels ou, le plus souvent, indéfinie et enfin le *respect du secret professionnel*.

Si on **compare** les réponses aux différentes questions entre elles, par exemple les partenariats principaux et les difficultés de collaboration par secteur, on s'aperçoit que les **partenaires** avec lesquels ils collaborent **peu** (très peu cités comme principaux), ne **font pas** nécessairement l'objet de **difficultés** de collaboration. C'est le cas pour les ressources associatives, pour l'emploi et la formation ainsi que le troisième âge.

De la même manière, les secteurs avec lesquels les SSM ne collaborent pas ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux avec lesquels ils ont des difficultés à collaborer. En général, il y a davantage d'absence de collaboration avec un secteur que de difficulté de collaboration. A part l'Aide à la Jeunesse qui est le secteur où il y a le plus de difficultés de collaboration, mais très peu de services déclarent ne pas travailler avec lui. Au contraire, il est parmi les partenaires principaux.

Pistes

Une fois posé le constat d'absence ou de difficultés de collaboration avec certains acteurs, on pourrait être tenté de se dire qu'il faut développer les partenariats avec ces secteurs /services.

Toutefois, avant d'envisager comment développer davantage les collaborations au sein du réseau, ce qui pourrait être une des tâches de la fonction de liaison, il faudrait d'abord étudier l'**intérêt et l'opportunité** (ou non) pour les SSM **de développer davantage les collaborations** avec ces secteurs.

Pour ce faire, on peut par exemple s'appuyer sur les **raisons de collaboration** identifiées : les caractéristiques de la situation de l'utilisateur justifient-elles une telle collaboration ? Existe-t-il des complémentarités institutionnelles avec ce secteur ? La logique de fonctionnement en réseau s'inscrit-elle dans notre politique et dans la leur ?

Si les raisons le justifient et qu'on veut chercher à développer les partenariats et les collaborations avec ces secteurs, on peut tirer des résultats quelques pistes quant à la manière de le faire.

Pour développer ou améliorer les collaborations avec certains secteurs non partenaires ou faisant l'objet de difficultés de collaboration, on pourrait par exemple développer des **initiatives** visant à faire se rencontrer et **mieux se connaître** les travailleurs des SSM et ceux d'autres secteurs avec lesquels ils collaborent peu (comme le troisième âge, l'emploi, les ressources associatives et la justice / la police etc.)

La bonne connaissance et la qualité des relations constituent en effet les principaux facteurs facilitants.

Il pourrait aussi être intéressant de chercher à **développer la qualité des relations** entre ces intervenants, par exemple, par l'organisation d'événements conviviaux ou de réunions d'échange visant à discuter des modalités de coopération, sur des situations communes. Cela pourrait notamment aider à dépasser la différence de logiques, d'objectifs et de conception, qui constituent souvent des obstacles à la collaboration.

VII. Implication des usagers et des non professionnels dans le réseau

A. Implication du réseau non professionnel et modalités

Ce point se réfère à la question 7. « Le réseau « non professionnel » (c'est-à-dire le réseau naturel du patient et ses autres « ressources associatives », comme les groupes de self-help etc.) est-il impliqué dans le travail en réseau ? Comment ? ».

Pour rappel, dans la première partie du rapport, un premier traitement statistique de cette question (basée sur 66 réponses) s'était centré sur l'implication ou non du réseau non professionnel dans le réseau. Les résultats obtenus affichaient 53 % des services qui déclarent l'impliquer, 28 % répondaient plutôt un « oui conditionnel » (ou une réponse du style « parfois », « c'est possible »).

Rappelons aussi les résultats d'autres questions concernant les ressources associatives. A la question sur l'absence de partenariat, 22 à 29%³⁴ des répondants mentionnent les **ressources associatives** ou un service issu de cette catégorie comme ne faisant pas partie de leurs partenaires. Et, complémentairement, 70% des services cochent les ressources associatives comme faisant partie de leurs secteurs partenaires.

L'analyse qualitative des réponses à cette question va nous éclairer davantage sur les modalités et les conditions d'implication des non professionnels.

³⁴ Selon qu'on considère le score du secteur seul ou le score globalisé secteur et services des ce secteur.

1) Les réponses

Les réponses viennent chacune développer et approfondir les résultats de la question précédente.

Les deux premières catégories « pas systématiquement » et « en fonction de la volonté du patient » éclairent ce que nous avons appelé le « oui conditionnel » à l'implication des non-professionnels.

Les 3^e, 4^e et 6^e réponses illustrent le « oui » en précisant à la fois qui est impliqué dans le réseau et sous quelle forme : les ressources associatives et groupes de self-help, la famille et le réseau naturel, puis des formes d'implications (contacts, rencontres, invitations au réunion etc.)

Enfin, la 5^e catégorie concerne la non implication des ressources non professionnelles.

Notons que ces catégories de réponse sont non exclusives.

1. Pas formellement / pas systématiquement

Cette catégorie de réponse se situe un peu **entre le « oui » et le « non »**. Elle sous-entend qu'il y a ou qu'il peut y avoir une implication des non-professionnels dans le réseau, mais que cela pourrait éventuellement aussi se faire davantage.

Plusieurs réponses indiquent tout simplement une **fréquence** peu élevée : « *rarement* », « *ponctuellement* », « *très peu* », « *pas a priori* ». Ils citent alors parfois des **exceptions**, par exemple : « *toutefois nous avons eu ce type de contacts au sujet de personnes ayant des difficultés graves d'audition* ». L'un d'eux parle d'« *implication a minima* » et l'illustre : « *par exemple dans des contacts informels avec les personnes qui conduisent l'enfant au centre lorsque ce ne sont pas les parents qui le font* ».

Cette catégorie regroupe une variété de « pas » : pas formellement, pas systématiquement, pas assez (« *trop peu sans doute* »), pas de contact directs (« *il est pris en compte mais nous n'avons pas de contact direct* » ; « *il est impliqué dans le sens d'une reconnaissance de sa place mais pas dans une interpellation directe* »).

On peut s'interroger sur ce que représente alors cette reconnaissance quasi « théorique » de la place de ce réseau non professionnel, non suivie d'actes concrets et sur les raisons de cette faible implication. Une piste de réflexion à ce sujet apparaît dans une des réponses, qui évoque les difficultés relatives à cette implication : « *Ce réseau est peu sollicité vu la difficulté relative au secret professionnel* ».

2. En fonction de la volonté du patient

Ces réponses stipulent que l'implication des non-professionnels est fonction de la demande du patient (« *sous réserve d'un intérêt, voire d'une demande spontanée formulée par le patient* »), ou peut se faire à condition d'avoir son **accord** : « *quand le patient l'évoque comme ressource importante, et avec l'accord tant du patient que des personnes faisant partie de son réseau naturel* ». Parfois c'est aussi sous réserve de l'existence d'un tel réseau : « *Oui pour autant qu'il y en ait un* ».

Nous avons aussi regroupé dans cette catégorie toutes les réponses du style « **lorsque c'est nécessaire** » ainsi que les « *c'est au cas par cas* » ou « *selon le type de demande* ». Celles-ci semblent davantage liées à l'**appréciation du professionnel** que du patient.

Certains expliquent même de manière plus générale (voire théorique) que l'implication des non professionnels est la base de leur fonctionnement : « *Toute personne identifiée par la famille comme une personne ressource est prise en considération dans le processus engagé.* »

3. Les groupes de self-help, ressources associatives

Les SSM mentionnent ces groupes, disent qu'ils impliquent les ressources associatives.

Parfois ils donnent des **exemples** de groupes : « *Groupe de parole pour enfants ayant un frère ou une sœur handicapé(e), groupe de parole pour enfants ayant subi la mort d'un frère ou une sœur* », « *participation à des clubs de loisirs* », « *groupe de loisirs, culture, sportif, mouvements associatifs* » ; « *Alcooliques Anonymes, ALANON, Emotifs Anonymes, Joueurs Anonymes* ».

Parfois c'est la participation du SSM à la vie associative qui est détaillée : « *Concernant le milieu associatif : participation du SSM au Conseil du volontariat* ».

L'importance de l'**aspect collectif** ou « insertion sociale » peut également être soulignée : « *Nous sommes aussi particulièrement actifs et attentifs à encourager, diriger, voire accompagner les usagers vers des lieux collectifs ou dans des "compagnonnages".* » ; « *on essaie de soutenir les patients à se créer un réseau* ».

Concernant les groupes de self-help, quelques **difficultés** sont parfois mentionnées : « *difficulté de faire participer les usagers à une dynamique "consultative", mais mise en place progressive de clubs de loisirs et d'intégration citoyenne sur le territoire, auxquels participent certains de nos usagers* ». « *Les groupes de self help (Alcooliques Anonymes, Similes, ...) sont [impliqués] différemment [du réseau naturel], et ce en fonction de la difficulté de la définition des territoires et de l'adhésion au modèle de référence.* »

Concernant cette dernière réponse, il faudrait peut-être voir ce qu'ils entendent par « difficulté de définition des territoires » : est-ce géographique, ou plutôt une définition des rôles et tâches de chacun (qui revenait comme facteur facilitant ou comme obstacle en son absence) ?

Certains mentionnent par exemple qu'ils collaborent « ponctuellement » avec les ressources associatives (alors qu'ils collaborent couramment avec la famille).

4. réseau naturel et ou famille

Cette catégorie a trait à l'implication de la famille et de l'entourage. Une grande diversité de termes est utilisée pour les nommer : « *réseau naturel* », « *réseau primaire* », « *parents-famille élargie* », « *entourage du patient (famille ou amis)* », « *aidants naturels* ». « *voisins et propriétaires* » sont même mentionnés.

On trouve aussi des indications quant à son importance. Certains ajoutent des informations chiffrées sur l'ordre de grandeur que cela représente : « *26% des demandes transitent par un membre de l'entourage.* » Dans un autre cas, on dit de lui qu'« *il est statistiquement le 1er tiers demandeur* ».

5. non, pas du tout

Certains centres déclarent simplement ne pas impliquer le réseau non professionnel ou pas du tout, comme ce centre qui répond « *en principe non* ».

6. Forme d'implication

Certains disent de manière **générale** qu'ils « *sont associés à la prise en charge* ».

Plusieurs donnent des exemples plus précis de la forme que prend cette implication : contacts téléphoniques, contacts personnels, rencontre pour des renseignements, participation à des réunions (de type consultation au centre, ou de type réunion de concertation : certains nomment même les concertations cliniques et la clinique de la concertation). Il y en a qui parlent de « *convocation au centre* », pour faire référence à une réunion. D'autres enfin citent le travail systémique, parfois en le présentant comme un facteur explicatif de l'implication de ce réseau : « *l'approche systémique étant largement pratiquée au sein de l'équipe, le travail avec les ressources proches du patient est souvent présent (entretien de couple, de famille ou toutes personnes ressources associatives importantes dans la vie du patient).* ».

Il est aussi question d'**orientation** vers les groupes de self-help ou de ces groupes vers le SSM et ils précisent : « *Mais pas d'échanges ni de concertation. Seulement une complémentarité dans certains cas.* ». Le réseau non professionnel est présenté comme un « *envoyeur important* ».

Il y a également des exemples d'implication plus pointus : la participation à des **événements** : « *Organisation de manifestations et d'activités (semaine du bien vieillir).* », « *jours d'information et d'animation sur le terrain* »

D'autres, enfin, apportent un éclairage sur le **processus** : « *il peut y avoir des "invités" en séance par le patient lui-même (invités qui appartiennent au réseau naturel du patient) et parfois sur proposition du thérapeute* ».

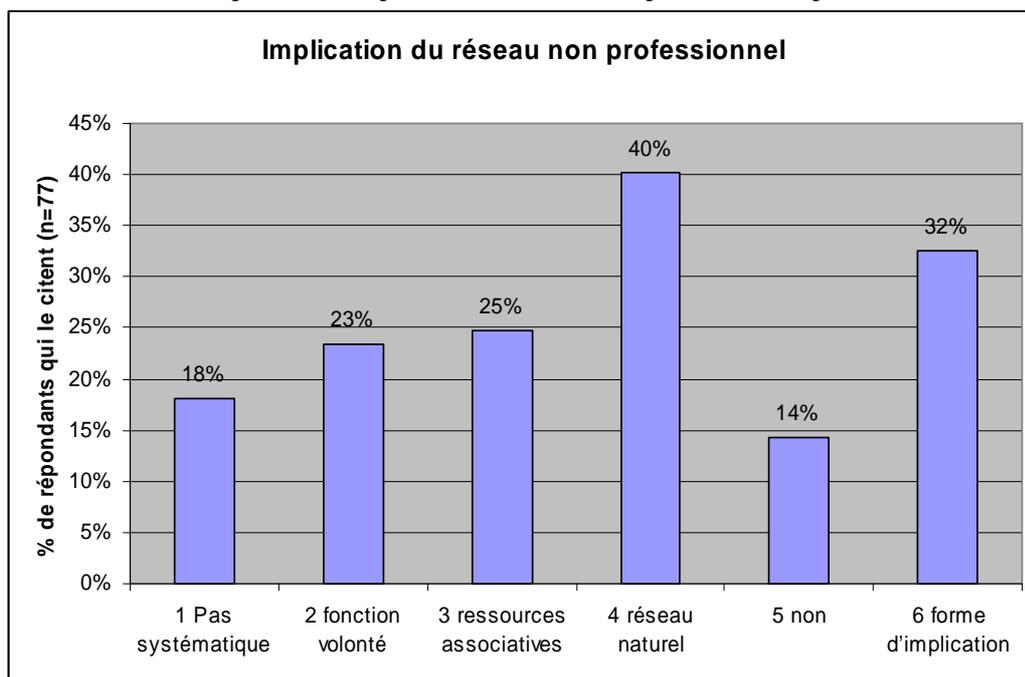
Un centre ajoute qu'il y a des différences de pratiques selon les thérapeutes : certains les impliquent très peu ou a minima alors que d'autres le font fréquemment.

2) Fréquence des réponses

Rappelons que les catégories de réponses présentées ne sont pas mutuellement exclusives et qu'il y a donc des réponses multiples.

Le résultat, exprimé en pourcentage, est calculé par rapport au nombre de répondants et non par rapport au nombre total de réponses (138), qui lui est supérieur.

Le tableau suivant reprend, à titre purement indicatif, la répartition des réponses.



Le type de réponse le plus fréquent, donné par 40 % des répondants mentionne le **réseau naturel** (souvent la famille), comme modalité d'implication des non professionnels.

Viennent ensuite des exemples de **formes d'implication**, qui, comme nous l'avons vu ci-dessus, sont assez diverses.

Les réponses qui mentionnent les ressources associatives sont moins fréquentes : elles sont quasi deux fois moins citées que le réseau naturel et la famille. Toutefois leur utilisation dans un quart des cas vient tout de même confirmer les réponses à la question de l'absence de partenariat qui présentaient les ressources associatives comme **non partenaires** du réseau dans 20 à 30% des cas.

Notons aussi que ce recodage plus fin, basé sur l'analyse qualitative des réponses, vient légèrement revoir à la baisse la proportion initiale de « non implication du réseau non professionnel » (elle passe de 18% à 14%). Ceci s'explique simplement du fait que l'analyse qualitative a permis d'encoder les réponses avec plus de nuances (notamment entre le « non » et le « pas systématiquement »). De plus, les 77 réponses ont pu y être prises en considération alors que la 1^{re} analyse quantitative n'avait permis d'encoder que 66 réponses, la part des « non implication du réseau non professionnel » diminue donc sur un échantillon plus large.

B. Implication de l'utilisateur

La question à laquelle correspond cette analyse est complémentaire à la question 16.a) « Les usagers sont-ils impliqués dans le travail en réseau ? ». Pour rappel, 94.7% de l'échantillon déclare impliquer les usagers et le taux de réponse est très élevé (n=75).

La question complémentaire est formulée de la manière suivante dans le questionnaire : « si oui, comment cela se traduit-il concrètement ? ». Les réponses sont analysées ci-dessous.

1) Les réponses

Les catégories de réponses sont inspirées des pistes de réflexions qui étaient proposées en annexe au questionnaire (cfr Annexe 2).

Les cinq premières catégories (l'information, le choix, l'accord de l'utilisateur, l'accompagnement dans son projet et l'activation du réseau) sont directement issues de ces pistes de réflexion.

En fonction des réponses données par les services, 4 autres catégories ont été **ajoutées** :

- La participation aux réunions
- Des considérations théoriques ou de principe sur la place de l'utilisateur
- Le Plan de Service Individualisé
- Et d'autres modalités comme les groupes ou les conventions

Les différentes catégories sont reprises ci-dessous en donnant pour chacune un petit mot d'explication, des exemples ou des illustrations des remaniements apportés aux catégories proposées dans les réponses, le cas échéant.

1. L'information

La première manière dont peut se traduire l'implication des usagers dans le réseau réside dans l'information qui est donnée au patient. Elle peut porter sur différents aspects : les ressources existantes, les conditions d'admission, les valeurs, les règles, le type de prise en charge, le cadre du travail, « *les tenants et aboutissants de la démarche* »...

Notons que les services ne mentionnent jamais dans leurs réponses l'élément « information sur le *coût de la prise en charge* » proposé en annexe.

Par contre, on trouve un élément neuf dans les réponses : l'information sur les contacts et le travail avec les autres institutions : « *On tient l'utilisateur au courant du travail fait avec d'autres institutions* ». La nature de l'information peut aussi être « interne ».

Plusieurs parlent d'explicitation, d'exposé. Certains parlent de « *transfert d'information* ».

L'information au patient est décrite comme « systématique » ou comme un « minimum » en termes d'implication (généralement en comparaison avec la participation aux réunions).

L'un des centres précise même en vertu de quoi ils informent l'utilisateur : « *il doit être informé et donner son accord (selon notre charte et les droits du patient)* ».

Ailleurs, il est question « *d'entretiens d'accueil où nous présentons notre méthodologie de travail* ». De la documentation peut aussi être remise.

2. Le choix

Il s'agit de proposer à l'utilisateur des choix multiples, ou des situations de choix.

3. L'accord, le respect de la volonté

L'accord, l'autorisation ou la volonté de l'utilisateur sont présentés comme indispensables : « *son accord est indispensable pour mobiliser le réseau, y compris informel.* »

Une exception est mentionnée par un centre : « *Contacts avec le réseau, toujours en accord avec le/les parents, responsables légaux, sauf situation de danger pour le jeune.* »

4. L'accompagnement

Les annexes mentionnent l'accompagnement dans son projet, mais il est aussi question dans les réponses d'un « *accompagnement dans les démarches* », d'un accompagnement dans le réseau ou d'une « *procédure d'accompagnement vers d'autres services* ». Un SSM précise quand cela a lieu : « *en début de travail ou lors d'une visite préalable* ».

L'un d'eux décrit le « public » pour lequel ils effectuent cet accompagnement : « *accompagnement de certains usagers très déstructurés socialement et/ou psychologiquement* ».

5. L'activation du réseau

Il s'agit ici soit de la mobilisation du réseau informel de l'utilisateur soit de l'activation du réseau (sous-entendu professionnel) avec l'utilisateur. Plusieurs soulignent le rôle actif des usagers à ce niveau : « *Ce sont eux qui mobilisent les personnes qu'ils désignent pour faire réseau. Dès lors ce sont les patients qui portent et unissent le réseau.* »

6. La participation aux réunions

Cette catégorie désigne la participation aux réunions, aux entretiens ou aux « *rencontres entre intervenants avec l'utilisateur* ».

Certains donnent des exemples des partenaires impliqués : par exemple le SAJ, PMS, instituteurs. La participation des parents (souvent pour les enfants), de la famille, peut aussi être mentionnée.

La **forme** des réunions ou le cadre dans lequel elles prennent place est illustré :

Il peut s'agir de « *réunions d'évaluation et de bilan avec le patient et les institutions concernées* », de « *réunions et discussions d'administration des prises en charge* », de « *clinique de concertation et concertation clinique* », de réunions dans le cadre des « *projets thérapeutiques du fédéral* » (auxquels certains de leurs patients participent) ou dans le cadre du Plan de Service Individualisé.

Différentes **positions** quant à cette participation se dégagent :

- Parfois elle est présentée comme *indispensable*, allant de soi et les professionnels vont jusqu'à reporter la réunion si l'utilisateur ne peut être là : « *Ils participent à toutes les concertations les concernant directement, si une concertation concerne un usager et qu'il n'est pas présent, elle sera reportée car cela nous semble insensé de la faire sans lui, principal acteur de la discussion* ». Un service dit qu'il informe le patient mais que les intervenants préfèrent « *que le patient participe aux concertations cliniques.* »
- Plusieurs apportent davantage de *nuances* en expliquant que cette participation n'est ni inconditionnelle, ni systématique (elle est « *éventuelle* »).

Leur présence ne semble pas toujours indispensable : « *Il faut différencier les différentes formes de travail en réseau : oui, dans les groupes de parole, oui, dans les projets thérapeutiques, oui, dans certaines concertations, il y a néanmoins bon nombre de situations où leur présence ne s'impose pas d'emblée.* »

Elle peut être **conditionnée** au désir de l'utilisateur ou de sa famille : « *Réunion avec les intervenants et la famille si elle est demandeuse* » ; « *Elle est invitée à y participer si cela s'avère pertinent dans le décours de la prise en charge.* » Ou encore à la « *nécessité* » de la situation (« *si la situation le nécessite* »).

La fréquence de la participation peut être indiquée par marqueur temporel : parfois, « *quand on rencontre un intervenant qui les concerne* ».

7. Le principe

Il s'agit là davantage de considérations théoriques ou de principe sur la place de l'utilisateur : principes abstraits, théorisation conceptuelle, plutôt que des modalités concrètes selon lesquelles l'utilisateur participe.

Quelques exemples : « par son implication », « une collaboration active », « le patient doit être partie prenante au travail », « donner la place au sujet », « travail de **co-construction** réalisé avec l'utilisateur », « notre pratique du réseau est adaptée à chaque situation, avec une mise en place propre du cadre, centrée sur le patient, au départ de ses ressources ».

8. Le Plan de Service Individualisé (PSI)

« Ils sont associés à la définition et l'évaluation des objectifs de leur plan de service individualisé ». L'élaboration de PSI est liée à un type de réunion, dans certains cas : « Par leur participation aux réunions de concertation les concernant (élaboration de PSI) »

9. Autres : groupe, convention

Dans cette catégorie, on trouve la participation aux groupes de self-help, la création d'un groupe d'entraide, d'un groupe d'utilisateurs (p. ex. « l'union pour la compréhension des usagers »). Par exemple, le « projet Part-En-relais : les usagers sont impliqués activement, ils sont acteurs de la démarche développée, sont invités à aller à la rencontre de leurs pairs (méthodologie Boule de Neige). »

La signature de conventions est aussi mentionnée : un des centres explique que la participation de certains de leurs patients aux projets pilotes du fédéral passe par l'accord et la signature de la personne. Un autre mentionne aussi « l'implication de comités de quartier, en ce qui concerne la coordination locale ».

2) Leur fréquence

Les fréquences des ces différentes modalités se répartissent comme suit :

<i>Modalité d'implication de l'utilisateur</i>	<i>Nbre de citations</i>	<i>Fréquence</i>
1. information	38	55,07%
2. choix	12	17,39%
3. accord, respect de volonté	23	33,33%
4. accompagnement	23	33,33%
5. activation du réseau	17	24,64%
6. participation aux réunions	40	57,97%
7. principe	10	14,49%
8. PSI	6	8,70%
9. autres : groupe, convention	8	11,59%

Nombre de citations totales	177
Nombre de répondants	69
Nombre moyen de réponses par répondant	2,57

Tableau 30 Modalités d'implication des usagers

Ces fréquences se basent sur un assez grand nombre de réponses : 69 (sur 77).

Le nombre de modalités différentes d'implications citées varie entre 0 et 6, la moyenne étant de 2.6.

La figure suivante illustre les modalités les plus fréquentes et les moins fréquentes.

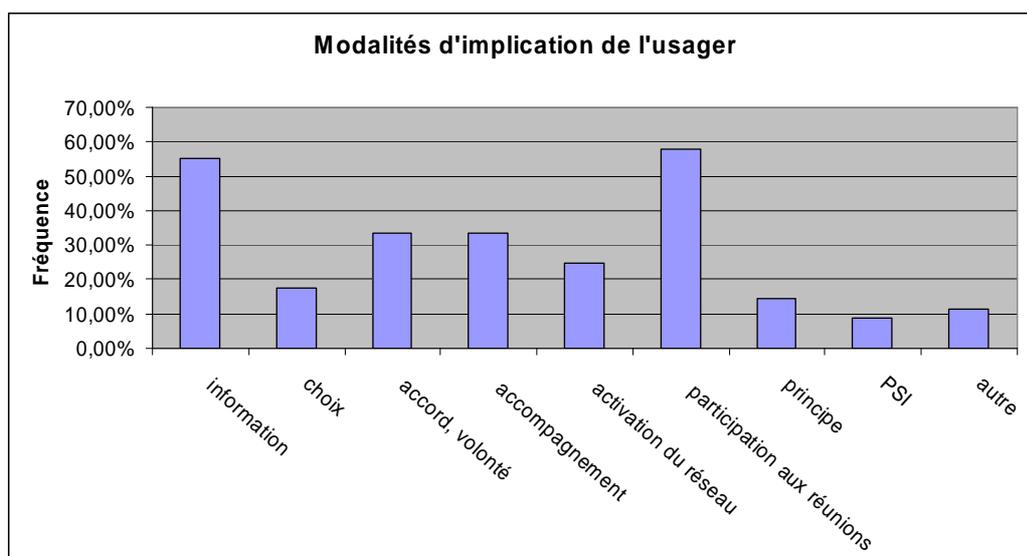


Figure 17 Modalité d'implication des usagers

L'information de l'utilisateur et la **participation** aux réunions sont de loin les deux modalités d'implication de l'utilisateur les plus citées : elles le sont par plus de la moitié des répondants. Cela signifie que plus de la moitié des SSM ayant répondu informent les usagers sur les ressources, les normes, les modes de fonctionnement des institutions du réseau. Si la moitié des répondants mentionne aussi les réunions, on ne peut pas en déduire pour autant que la moitié fait participer les usagers systématiquement aux réunions car cette implication peut être conditionnelle.

L'information et la participation aux réunions vont souvent de pair. Une analyse des répondants ayant donné deux modalités de réponse, montre qu'il s'agit des deux plus fréquentes.

L'**accompagnement** de la personne dans son projet, voire dans certains lieux du réseau et le fait d'être attentif à sa **volonté** et à recueillir son accord, sont relativement fréquents aussi (cités par un tiers des répondants).

Dans un quart des cas, il est aussi question de l'**activation du réseau** avec l'utilisateur.

Plus rarement, on s'intéresse à laisser une possibilité de **choix** à l'utilisateur. Enfin, cette implication de l'utilisateur peut aussi être essentiellement décrite **dans son principe**, sans illustration de la forme qu'elle prend.

C. Conclusions

Concernant l'**implication des non professionnels** dans le réseau, l'implication non systématique et celle en fonction de la volonté du patient, quand elles sont rassemblées, recouvrent à peu près le « oui conditionnel » présenté dans les résultats quantitatifs de la première partie. Elles sont citées à elles deux, par 40% des répondants. L'implication non systématique, tout de même évoquée par un cinquième des répondants, se décline parfois en une reconnaissance quasi « théorique » de la place de ce réseau non professionnel, sans mention d'actes concrets de contact, d'implication directe.

Cela amène à s'interroger sur les raisons de cette réserve par rapport à l'implication des non professionnels (notamment le secret professionnel) mais cela indique aussi une direction dans laquelle **développer le réseau**, d'autant que les ressources associatives ne sont pas souvent décrites comme faisant l'objet de difficultés de collaboration. Par ailleurs, il est bien connu

dans la littérature que l'implication du réseau social de la personne constitue un facteur important dans la prise en charge³⁵.

Pour **impliquer les usagers**, les modalités les plus courantes sont la participation aux **réunions et l'information** sur les ressources du réseau (les règles de fonctionnement des institutions, l'état des contacts, etc.). La participation aux réunions peut toutefois ne pas être systématique, voire être conditionnée à différents éléments : la volonté du patient, la « nécessité de la situation ».

L'accompagnement de la personne dans son projet ou ses démarches et le fait de respecter sa volonté sont également assez fréquemment cités.

Des modalités comme le Plan de Service Individualisé et le fait d'être attentif à laisser un choix à l'utilisateur semblent peu fréquentes. Elles pourraient probablement être développées davantage. L'implication concrète des usagers lorsque les centres évoquent le principe de manière théorique, mériterait d'être approfondie.

VIII. Les initiatives prises par les SSM dans le réseau

A la question générale, 97.4% des répondants déclarent impulser des initiatives de réseau (avec un taux de réponse de 100%). Il est intéressant de remarquer qu'on compte 58 commentaires complémentaires à cette question, soit 75% des répondants qui se sont donnés la peine de compléter cet espace facultatif (question 13.2).

A. *Les réponses*

Les réponses concernant les initiatives de travail en réseau se répartissent dans les différentes catégories suivantes.

1. coordination /concertation

Ils nomment les rencontres avec les services, les coordinations locales, la clinique de la concertation.

Bizarrement, alors que la question porte sur l'impulsion d'initiatives, certains évoquent la participation à certaines formes de réseau plus ou moins instituées par ailleurs : la plate-forme de concertation, la « *commission sous-régionale Awiph* », la « *participation aux réseaux de réflexion en place dans la province* », la « *clinique de concertation* ».

Parfois, davantage de précisions quant au rôle du SSM sont données : « *participation active à la plateforme psychiatrique où notre P.O. est l'initiateur de certains projets* » ; « *la mise en place et la participation au projet thérapeutique au niveau fédéral* » ; « *le SSM a été l'initiateur et continue à être le moteur d'une coordination sociale locale (territoriale) depuis 1999 tant en ce qui concerne l'animation de la coordination que la mise en route de nouveaux projets.* »

Ils citent aussi des exemples comme le Groupe Thérapeutique en Réseau.

2. travail sur des situations cliniques

Certaines initiatives décrites se font à partir de situations cliniques : « *à partir d'une personne, si un travail coordonné avec le Médecin traitant, par exemple semble important* », « *à partir de notre travail de consultation* ».

3. prise en charge de publics spécifiques

³⁵ BANTMAN P., DUFOUR-ZELMANOVITCH L., « La notion de réseau en psychiatrie. Réflexions sur l'utilisation du terme de réseau dans le champ médico-social. », in *L'information psychiatrique*, n° 8, 1995, pp.750-763.

Certains disent avoir impulsé la prise en charge de certains publics particuliers comme les enfants-ados, les usagers de drogues (« atelier liégeois parentalité et usage de drogues »), les auteurs d'infraction à caractère sexuel (AICS) ou les adolescents AICS, les seniors ou personnes âgées (« groupes de la mémoire »).

4. prévention

Notamment des projets de prévention sur la petite enfance, « un projet intergénérationnel ».

5. conférence, journée d'étude, formation, supervision

On y évoque des conférences, des journées d'études, mais aussi des formations, p. ex. un « cycle de formation dans le cadre de Politiques Communales de santé » ou des interventions, notamment avec des médecins généralistes.

6. liaison avec certains services particuliers

Ces initiatives concernent la liaison avec un service en particulier : une « offre par rapport au travail en crèche », la liaison avec le relais social (« des partenariats ayant abouti au pôle Travail de Rue du Relais social »). Il peut aussi s'agir de l'optimisation de contacts et de rencontres avec certains services, p. ex. les PMS.

7. outils ou méthodologie

Il s'agit ici de proposition d'outils particuliers tels que le Plan de Service Individualisé, de la mise en place de nouvelles fonctions (« adjonction de professionnels intermédiaires entre service hospitalier et ambulatoire ») ou de la méthodologie de la clinique de la concertation (« Il a également été actif dans l'élaboration et la mise en place des pratiques de concertations cliniques sur le territoire. Celles-ci ont entre autres favorisé l'émergence des méthodologies de la "Clinique de la Concertation" créé par le Docteur J. M. Lemaire. »)

8. groupe de réflexion

Des initiatives concernent des groupes d'usagers, des groupes de réflexion autour de certaines thématiques comme l'hyperactivité, l'accueil en SSM ou un groupe de réflexion avec des enseignants.

9. autre

Ces initiatives peuvent porter sur les mouvements de personnel au sein du réseau : « on se tient au courant des mouvements de personnel dans le réseau dans lequel nous sommes bien inscrits. » Elles sont rendues possibles « grâce à l'affinité entre certaines personnes d'autres institutions ».

Des **liens** existent bien sûr entre ces différentes catégories.

La concertation et le travail sur les situations cliniques sont mis en tension l'un avec l'autre, en le présentant comme un dilemme : le travail de concertation avec le réseau est coûteux en temps et en énergie et ceux-ci sont actuellement pris sur la clinique. Le commentaire suivant illustre ce propos :

« Il y a néanmoins un équilibre toujours difficile à trouver entre les prises en charge, tellement nombreuses et complexes, et la part du secteur, indispensable certes mais coûteuse en temps et en ... énergie. « L'éternel débat » entre les choix à opérer entre le travail clinique et l'invention dans le réseau, ne cesse d'exister dans l'équipe... car le travail de réseau n'est pas a priori, gage d'une diminution des tâches, par une meilleure répartition entre les différents intervenant. Dans le réseau, il faut d'abord beaucoup investir avant de « récolter les bénéfices » en terme organisationnel... ; cela est extrêmement intéressant mais nécessite du temps... pris actuellement sur la clinique proprement dite. L'intérêt du réseau, c'est essentiellement la qualité du travail au bénéfice du patient, on se connaît mieux, on « s'appréhende » mieux mutuellement, et dès lors on établit des complémentarités bénéfiques pour la population. »

Les « **groupes de réflexions** » peuvent probablement dans certains cas être rapprochés d'initiatives **d'intervention, de formations** ou de séminaires (p. ex. l'atelier « parentalité usage de drogues »). Cela apparaît dans l'explication suivante : « depuis 1997, l'équipe assuétudes a

impulsé et porté l'atelier parentalité usages de drogues destiné à des professionnels concernés par cette problématique. Cet atelier a notamment pour objectif de favoriser les pratiques de réseau en développant l'échange et l'amélioration des savoirs et des compétences. Part-en-relais : projet destiné à des parents usagers de drogues développé en partenariat en réseau avec des structures carolos. Un des objectifs de ce projet est de développer les compétences parentales des participants mais aussi de favoriser l'accessibilité au réseau existant. »

B. Leur fréquence

A titre indicatif, la fréquence de ces différentes initiatives se répartit comme suit. Il s'agit à nouveau de réponses multiples pour les SSM.

Initiatives de réseau	Nbre de citations	Fréquence
1. coordination /concertation	15	25,9%
2. travail sur des situations cliniques	6	10,3%
3. prise en charge de publics spécifiques	5	8,6%
4. prévention	4	6,9%
5. formation, supervision, journée d'étude	7	12,1%
6. liaison avec certains services	5	8,6%
7. outils ou méthodologie	5	8,6%
8. groupe de réflexion	9	15,5%
9. autre	2	3,4%
Total	58	100,0%

Tableau 31 Initiatives de réseau en SSM

Les types d'initiatives les plus fréquemment cités sont donc la participation à des **concertations ou des coordinations**, voire leur impulsion, mais ce n'est pas systématique (1/4 des répondants).

Viennent ensuite les **groupes de réflexions** à thèmes ou avec certains acteurs en particulier (usagers, enseignants, personnes âgées) et l'organisation de conférence, formation, journées d'études et intervision. Mais cela ne représente que 15% des réponses.

Les types d'initiatives prises par les SSM dans le réseau sont **nombreuses** et semblent relativement diverses d'un SSM à l'autre. Il semble qu'il y ait là un foisonnement d'activités important. Il faut tout de même noter que par rapport à l'idée même d'impulsion d'initiatives, les répondants semblent englober dans les initiatives de réseau, la participation à des activités déjà relativement instituées (comme les plates-formes de concertation etc.).

Chapitre 3: ANALYSE DES COMMENTAIRES ANNEXES AUX QUESTIONNAIRES

En accompagnement des questionnaires, certains Services de Santé Mentale ont envoyé des compléments d'informations et des remarques par rapport à celui-ci et à la lettre de la Région Wallonne qui l'introduisait. Nous avons reçu 13 de ces annexes au questionnaire.

Il s'agit généralement de courriers ou de mails qui accompagnent le retour du questionnaire ou parfois de commentaires inscrits au dos de celui-ci. Dans un cas, le service a uniquement envoyé cette annexe au questionnaire, sans répondre aux questions posées dans le questionnaire mais en faisant un commentaire pour chaque thématique du questionnaire. Dans deux autres cas, le service a envoyé de la documentation supplémentaire et détaillée sur leur activité de réseau (documents produits dans un autre cadre).

Pour les analyser, nous avons constitué une **grille** qui a été appliquée à chaque annexe. Cette grille détaille le ou les objets de l'annexe, les enseignements qu'on peut en retenir, les arguments et les solutions éventuelles proposées.

Les annexes reçues ont principalement trois types d'**objets** :

1. le déroulement de l'enquête, le questionnaire et les conditions (nommé méthodologie)
2. la nouvelle fonction de liaison
3. le lien avec la fonction administrative et journalière

Ils se répartissent comme suit :

N° Annexe	Méthodologie	Fonction liaison	Fonction administrative	Autre
1	1	1	1	
2	1	1		1
3	1	1	1	
4		1	1	
5	1			
6		1		
7	1			
8		1	1	
9	1	1	1	
10	1	1	1	
11				1
12	1	1	1	
13	1			
Total	9	9	7	2

Tableau 32 Répartition des annexes au questionnaire par objet

Autant d'annexes concernent la méthodologie que la fonction de liaison. Un peu moins concernent le lien avec la fonction administrative de gestion journalière. La majorité d'entre elles concernent plusieurs sujets. Une synthèse rapide pour chaque objet est présentée ci-dessous.

I. Méthodologie : déroulement de l'enquête, questionnaire et conditions

Le **décal** imparti pour remplir ce questionnaire (théoriquement, un mois entre l'envoi fin décembre et la deadline pour le renvoi des questionnaires le 1^{er} février) est considéré par certains services comme insuffisant, au vu de la procédure de discussion en équipe suggérée pour y répondre et de la proximité des congés de fin d'année. Par ailleurs, les dérogations accordées pour un délai supplémentaire et le nombre de questionnaires reçus après la date limite du 1^{er} février (20 sur 77, soit 25%) vont dans le même sens.

Donc, à l'avenir, il pourrait être judicieux de laisser aux SSM des délais supérieurs à un mois pour répondre à de telles enquêtes, surtout si une concertation en équipe est requise.

La validité et la **représentativité** du questionnaire sont questionnées en raison de son caractère non obligatoire et de la crainte du faible nombre de réponses.

Il y a également des remarques qui portent sur **certaines questions** du questionnaire en particulier. Elles signalent une difficulté de compréhension (sur la question de la proportion du travail en réseau réalisé hors du service), apportent des compléments d'information (sur leur définition du réseau, la nécessité de distinguer réseau clinique et institutionnel pour certaines réponses, ...). Des risques d'induction sont pointés, notamment dans les questions fermées. Des réticences par rapport à des questions fermées sont exprimées et une préférence pour un texte suivi est indiquée.

Enfin, de manière plus fondamentale, certains courriers questionnent le **lien** entre le questionnaire sur le réseau reçu et le projet de mise en œuvre d'une fonction de **liaison** annoncé dans le courrier de la Région Wallonne accompagnant le questionnaire : soit les centres reprochent à ce lien de ne pas être clair, soit ils reprochent au questionnaire de ne pas s'intéresser à la fonction de gestion journalière à laquelle la fonction de liaison serait liée. Les deux prochains points évoquent plus en détails ces questions.

II. La nouvelle fonction de liaison

Certains soulignent la nécessité de la **reconnaissance** du temps consacré au réseau et se réjouissent de l'initiative d'une fonction de liaison qui se traduit par une augmentation des moyens humains.

Ils sont toutefois plusieurs à questionner la forme que prend cette reconnaissance, par la création d'une **nouvelle fonction ad hoc**, qui serait exercée par une personne spécifique.

De nombreux centres qui se donnent la peine de rédiger un courrier en annexe au questionnaire soulignent que, chez eux, **les différents membres de l'équipe** assument cette fonction de liaison. Pour eux, il est souhaitable qu'il continue à en être ainsi.

Les différentes raisons et arguments avancés pour soutenir ce point de vue sont souvent liés au travail clinique autour d'une situation:

- la pertinence clinique
- l'intérêt de maintenir des relations personnalisées avec les partenaires du réseau pour l'ensemble des travailleurs (gage d'efficacité et de qualité),
- l'inutilité d'introduire un tiers supplémentaire (la fonction de liaison) dans toute situation nécessitant la mobilisation du réseau.
- Les questions éthiques et déontologiques que pose la coordination du réseau d'un patient par un tiers qui ne connaîtrait pas le patient au travers un colloque singulier :
« *quelle place aura le consultant comme acteur de sa trajectoire ? Et quelle place sera*

accordée aux thérapeutes dans l'accompagnement de leur consultant, avec quelles garanties de confidentialité ? ».

Une seule annexe mentionne que les représentations extérieures sont effectuées à ce jour par le Responsable de la Gestion Journalière ou les assistantes sociales.

Donc, au vu de ces informations et de ces questions, il semblerait opportun de considérer et de préciser l'**implication** de cette nouvelle fonction de liaison **dans les situations cliniques** : est-elle souhaitable ? Indispensable ? Si elle devait être assumée par une personne spécifique, plusieurs services y sont opposés. Si la fonction de liaison est impliquée dans le travail clinique autour de situations particulières, il conviendrait peut-être de l'argumenter car plusieurs centres y semblent défavorables. Tous ne le sont pas : certains marquent plutôt leur étonnement à ce niveau et questionnent les intentions politiques en la matière.

Quelques solutions sont proposées par les services à ce niveau :

- Que chaque membre du SSM puisse bénéficier d'un apport supplémentaire d'heures de travail afin d'étoffer sa collaboration avec le réseau.
- Que les heures que chacun consacre au travail en réseau soient « transformées » en une augmentation de cadre thérapeutique correspondante (sans désigner une seule personne pour la liaison avec le réseau).
- Que seules les représentations extérieures, voire les « prospections » pour améliorer la connaissance du réseau soient déléguées à une personne en particulier.

Notons que certains éléments relatifs à la définition de la fonction, présents dans le courrier d'accompagnement du questionnaire, auraient pu (ou dû ?) rassurer les services quant à la poursuite de l'implication de l'ensemble de l'équipe dans le réseau : « *ce qui ne vient cependant en aucun cas diminuer l'implication de l'ensemble du personnel à ce travail journalier de réseau* ». Cela ne semble pas avoir apporté à tous les services toutes les assurances par rapport à ce que l'un d'eux nomme explicitement leurs « inquiétudes ».

III. Le lien avec la fonction administrative et journalière

Il semble y avoir une confusion entre responsable de la **gestion journalière** et **fonction de liaison** : soit que les services accusent le questionnaire et la politique de faire un amalgame entre les deux, soit qu'ils le fassent eux-mêmes comme dans cet exemple : « *Vous proposez cette enquête pour tenter de donner un contour à la fonction administrative de gestion journalière, pour ce faire vous centrez votre attention sur le réseau* ». Or l'enquête s'inscrit dans la perspective de la création de la fonction de liaison, non de la gestion journalière.

Plusieurs services soulignent la **lourdeur** de la tâche de gestion journalière, voire son insuffisante reconnaissance (temporelle et financière). Selon certains, la fonction administrative s'exerce aujourd'hui en général au détriment d'une fonction de soins.

Certains critiquent l'**absence** dans le questionnaire **de questions sur les réalités et les tâches** concrètes que recouvre cette fonction. Plusieurs (au moins 3) fournissent des informations complémentaires à ce sujet et détaillent les tâches qu'implique la gestion journalière, en indiquant parfois le temps nécessaire.

A plusieurs reprises, les services insistent sur la **différence** entre les deux types de fonctions et les spécificités de la fonction de gestion. Toutefois un point commun entre les deux fonctions résiderait dans les activités de *représentations extérieures*. Pour un centre, si la fonction de liaison était une version de la gestion journalière élargie au réseau, elle serait incompatible avec un travail clinique autour des situations (par manque de temps).

IV. Rapports avec les SSM

Notons qu'une certaine confusion apparaît aussi dans les courriers des répondants entre l'IWSM et le cabinet du ministère de l'Action sociale et de l'Egalité des Chances. A titre anecdotique, nous avons ainsi reçu à l'Institut Wallon des courriers adressés à Mme Demarteau et à Madame Vienne.

A ce sujet, le fait que le questionnaire ait été envoyé aux SSM par le cabinet et qu'il leur ait été demandé de le renvoyer à l'IWSM a probablement contribué à ajouter à la confusion, (sans compter les questions que cela soulève au niveau des représentations des services par rapport à l'IWSM, dans ses nouvelles missions).

V. Conclusion

Quelques critiques sont donc formulées à l'égard de la **méthodologie** utilisée : questionnaire avec questions fermées, délais, objet du questionnaire, remarques sur des questions. Il est important d'en tenir compte. Si les délais ont été courts, le nombre de répondants est tout de même relativement élevé. Et pour avoir une vue d'ensemble de la situation du travail en réseau en SSM, (puisque tel était un des objectifs de ce travail), une approche davantage quantitative était nécessaire.

Les questions les plus récurrentes, et qui semblent inquiéter le plus les centres, ont trait à la **répartition de la fonction de liaison** sur une seule personne, qui leur semble difficilement conciliable avec l'implication de tous les membres de l'équipe dans le travail clinique. Dans ce cadre, l'implication de la fonction de liaison dans le travail clinique autour de situation fait débat. Ce point devrait être clarifié, approfondi, peut-être en concertation avec des représentants des SSM.

Le lien entre fonction de liaison et fonction de gestion journalière devrait probablement être clarifié. Il conviendrait de recueillir davantage d'informations sur les tâches qui incombent à la gestion journalière et d'exploiter les quelques informations fournies à ce niveau par les SSM.

CONCLUSIONS

Les résultats de cette enquête sur les pratiques de réseau en services de santé mentale, sont issus d'un questionnaire comportant des questions fermées et ouvertes, envoyé aux services de santé mentale wallons. Le questionnaire envisageait différents thèmes : les définitions du réseau, les formes de réseaux, les partenariats et leurs raisons, les modalités pratiques d'organisation et de fonctionnement du réseau, le public et la participation des usagers.

A. Echantillon et représentativité

En ce qui concerne la **taille de l'échantillon**, 77 questionnaires ont été reçus (pour 83 envoyés par courrier). La participation à l'enquête est donc assez importante. Si on ne peut pas calculer avec exactitude un taux de participation³⁶, on peut imaginer qu'il se situe entre la proportion de questionnaires reçus par rapport au nombre de questionnaires envoyés (93%) et celle par rapport aux numéros d'agrément (77/114 = 67.5%).

L'échantillon présente des **caractéristiques fort similaires** à l'ensemble des SSM en Région wallonne en termes de répartition géographique par province, de pourcentage de dossiers enfants, de taille de l'équipe (qui est toutefois légèrement supérieure à la moyenne en Région wallonne). On peut donc considérer à ce niveau que l'échantillon est relativement **représentatif** de la population des SSM wallons.

De toute manière, il ne s'agit pas là d'une étude sur de grandes populations, avec échantillonnage aléatoire. Il s'agit d'une participation **volontaire**. On pourrait compléter l'analyse de l'échantillon en interrogeant les motivations des répondants (se sentent-ils plus concernés par la question du réseau ?) et de ceux qui n'ont pas répondu.

B. Définitions et rapports entre types de réseaux

Tout d'abord, les SSM qui ont répondu sont plutôt **d'accord avec les définitions** du réseau proposées dans le questionnaire. Quasi tous (92%) considèrent que le réseau désigne **à la fois le travail institutionnel et celui autour d'une situation clinique**.

Dans leurs définitions spontanées, on retrouve les idées suivantes : ensemble de partenaires, collaboration, projet commun et prise en compte de l'utilisateur. Ils ajoutent quelques compléments d'information comme la dimension d'un « **plus** » **apporté par le réseau** (qu'il y aurait peut-être lieu de préciser), ils développent l'attention portée aux besoins de l'utilisateur en l'élargissant à son tissu social ou à une population cible.

Quasi tous les services (98%) trouvent que **le réseau institutionnel peut faciliter le réseau clinique** et/ou vice versa.

Les questions ouvertes amènent un éclairage plus détaillé sur ces processus de facilitation. La majorité de ceux qui se prononcent sur **le sens** du processus trouvent que le phénomène de facilitation va dans les 2 sens. Ils sont également nombreux à évoquer uniquement la facilitation du réseau clinique par le réseau institutionnel. Quelques-uns soulignent que le travail et la réflexion autour d'un cas (réseau clinique) permettent le développement de collaborations et de concertations qui vont au-delà, voire de projets institutionnels communs.

³⁶ Car les équipes pouvaient par exemple reproduire le questionnaire, répondre séparément pour leurs équipes (p. ex. enfants et adultes) ou ensemble. L'unité retenue ici est donc le questionnaire, qui ne correspond ni nécessairement à un siège de Service de santé mentale, ni à un numéro d'agrément.

Quant aux **mécanismes** à l'œuvre : la **connaissance** du réseau, des personnes qui le composent, des services et des pratiques facilite le travail en commun, les relais et favorise l'efficacité du travail clinique. La confiance et le respect vis-à-vis de l'autre, les liens et les contacts qui existent ainsi que la collaboration, le fait d'apprendre à travailler ensemble jouent aussi à ce niveau.

On pourrait donc penser qu'il y aurait un intérêt à soutenir le réseau au niveau institutionnel, dans le but qu'il facilite le travail en réseau clinique chaque fois que celui-ci s'impose, quasi de la même manière que développer le réseau clinique pourrait permettre de faciliter le réseau institutionnel. Cependant, les processus via lesquels le réseau institutionnel peut faciliter le réseau clinique et vice versa doivent être approfondis et **mis en lien avec la question des fonctions** et des personnes qui travaillent en réseau.

C. Organisation du travail en réseau

Concernant l'organisation du travail en réseau, l'enquête s'est arrêtée sur les aspects suivants et les précise : qui s'en occupe, quelle formalisation et quelles initiatives?

A) Les personnes qui travaillent en réseau au sein du SSM

Actuellement, dans la grande majorité des cas (88%) « tout le monde » travaille en réseau en SSM, c'est-à-dire toute l'équipe, et beaucoup plus rarement une ou plusieurs personnes.

Quand ils donnent des détails (notamment la fonction de ces personnes), une grande majorité cite au moins 3 fonctions différentes, voire toute l'équipe. Ils sont peu nombreux à citer une seule des fonctions ou une combinaison de deux d'entre elles.

Quand on analyse les réponses en termes de **fonctions citées** : les fonctions d'assistant social et de psychologue sont les 2 fonctions les plus fréquemment évoquées comme travaillant en réseau, quasi autant l'une que l'autre. Le psychiatre et le responsable de la gestion journalière (dont la fonction n'est pas connue) le sont aussi, mais deux fois moins que les premières.

B) La ou les personnes responsable(s) des contacts avec le réseau au sein du SSM

La moitié des SSM déclarent avoir désigné un (ou plusieurs) responsables des contacts avec le réseau.

Une fois sur deux, il ne s'agit que d'**une seule personne**. Dans l'autre moitié des cas, deux fonctions ou plus assument cette responsabilité.

Certains SSM répondent que « tout le monde » est responsable de ces contacts avec le réseau, ou bien que la personne varie selon les réseaux, les compétences des membres de l'équipe ou les problématiques.

Lorsque cette (ou ces) personnes(s) est (sont) clairement identifiée(s), quelles sont les **fonctions** de ces « responsables » des contacts avec le réseau ? Dans l'absolu, c'est plus fréquemment la fonction d'assistant social qui est citée. Mais le responsable de la gestion journalière (RGJ) est assez souvent cité aussi. L'assistant social (AS) seul et la combinaison AS et RGJ sont les deux cas de figure les plus évoqués pour ce rôle.

Toutefois, il faut savoir qu'actuellement, la fonction de RGJ n'est pas exclusive : cette personne est, habituellement, AS, psychologue, médecin ou autre par ailleurs.

Notons que quelques répondants mentionnent même un « *agent de liaison désigné par le PO* ». Il serait intéressant d'approfondir le sujet.

Le **rôle** de ce responsable des contacts avec le réseau est décrit comme suit : la participation à des réunions, la « coordination », la représentation institutionnelle, faire connaître son service et avoir une bonne connaissance des ressources du réseau, le lien entre l'intérieur et

l'extérieur du service, le travail autour de situations d'utilisateurs, la circulation de l'information (y compris la rédaction de documents), la signature de conventions, ...

Cette analyse de la situation actuelle permet de préciser une série de **questions** relatives à une fonction de liaison :

- **qui** pourrait l'occuper ?
- quel sera **le rôle** exact de la fonction de liaison (description des tâches notamment par rapport à celles des « responsables des contacts avec le réseau » décrites dans les résultats de l'enquête, implication (ou non) dans les situations cliniques, etc)

Il serait intéressant, dans cette perspective, de savoir qui occupe actuellement le rôle de **RGJ** : AS, psy, médecin, ou autre ?

Il faudrait aussi pouvoir approfondir l'analyse des processus de facilitation entre les deux types de réseau (clinique et institutionnel) lorsque ceux-ci sont assurés par des personnes différentes ou par une seule et même personne.

C) Formalisation

Deux tiers des SSM déclarent qu'il y a une formalisation du travail en réseau, essentiellement via des **conventions** signées entre partenaires et un **accord** sur un certain nombre d'outils ou de procédures communes. La combinaison de ces deux éléments constitue le cas de figure le plus courant. Les conventions, seules ou combinées à d'autres modalités, sont plus fréquentes que l'accord sur les outils et procédures, seul ou combiné. Notons que la question ne fournit pas d'indication sur « l'intensité » et la fréquence de cette formalisation, ni sur le nombre de partenariats concernés.

De même, quasi tous les SSM de l'étude impulsent des **initiatives** de réseau. Le détail qualitatif des formes d'initiatives montre qu'elles sont **multiples** : réunions de coordination ou de concertation (forme la plus fréquente), groupes de réflexion (de professionnels ou d'utilisateurs), travail sur des situations cliniques ou prises en charge de publics spécifiques, prévention, journées d'étude ou formations, liaison avec certains services, ...

D. Formes de travail en réseau, secteurs partenaires et facilitateurs

A) Les formes de travail en réseau

Elles sont assez **variées et multiples**.

Les relais, les réunions autour de situations cliniques, les réunions communes indépendantes de cas et les rencontres de présentation de services, sont cités *par quasi tous les répondants*.

Les *moins fréquentes* sont l'échange de personnel et les outils comme la *case management*, le Plan de Service Individualisé (moins d'un tiers).

Les autres formes sont relativement courantes (entre 2/3 et 3/4 des SSM les citent) : les supervisions d'autres équipes, la concertation informelle avec d'autres professionnels, les partenariats conventionnés et la connaissance personnelle entre certains membres.

B) Les secteurs partenaires et les raisons évoquées pour le développement de ces partenariats

Le **nombre moyen** de **secteurs cités** comme **partenaires** est très élevé : 11 sur 13 (avec une médiane de 12). Cela indique que les SSM travaillent avec une multitude de secteurs différents (mais il n'y a pas d'indication sur la proportion de travail réalisé avec chacun d'entre eux).

Plus de la moitié des secteurs sont cités par plus de 90% de l'échantillon. Il s'agit, par ordre d'importance, des secteurs suivants :

6. les soins de santé ambulatoires
la santé mentale ambulatoire
7. les services sociaux
8. la santé mentale intra-muros
9. l'aide à la jeunesse
10. les soins de santé résidentiels
le handicap

Les secteurs les moins cités sont le 3^e âge, les ressources associatives, l'emploi (mais ils sont tout de même évoqués comme partenaires par entre 40 et 70% des répondants).

On obtient davantage d'information à ce niveau avec les questions sur les **partenaires principaux**. Là, les **écarts** sont plus marqués entre secteurs... Les secteurs identifiés comme étant ceux avec lesquels les SSM travaillent le plus sont le secteur scolaire (de loin le premier), l'aide à la jeunesse, les services sociaux, les soins de santé ambulatoire, la santé mentale ambulatoire et la santé mentale intra-muros. Les moins cités sont les mêmes que précédemment, avec en plus la petite enfance. Ces partenaires principaux varient fortement en fonction de la population prise en charge par l'équipe.

Les **raisons** les plus fréquentes **invoquées pour** expliquer ces principaux partenariats sont: la complémentarité institutionnelle et les caractéristiques de la situation de l'utilisateur, l'inscription du réseau dans la politique ou la conception des interlocuteurs et des raisons autres (liées notamment aux demandes, aux circonstances historiques et institutionnelles).

En ce qui concerne les secteurs **absents des partenariats**, notons tout d'abord que cette idée d'absence de collaboration avec un secteur est nuancée et atténuée à plusieurs reprises : la collaboration est plutôt présentée comme moindre ou ponctuelle et beaucoup se déclarent ouverts à toute collaboration.

Les secteurs concernés sont essentiellement le troisième âge, l'emploi, les ressources associatives, la justice/police.

Les **raisons de ces absences de collaboration** invoquées par les SSM sont principalement la nature du public, l'absence de demande ou de volonté (qu'il s'agisse de celle des usagers ou des professionnels, ou, comme c'est souvent le cas, que cela ne soit pas précisé), le respect du secret professionnel.

Les **difficultés de collaboration** avec des partenaires réseau concernent pour leur part plus fréquemment le secteur judiciaire et l'aide à la jeunesse et, dans une moindre mesure, les soins de santé résidentiels. Au-delà des secteurs précis identifiés, les services opposent aussi des logiques plus globales (qui concernent plusieurs secteurs) entre ambulatoire et hospitalier, entre santé mentale et « hors santé mentale ».

Il faut remarquer, si on fait des **liens entre absence et difficulté de partenariat**, que les secteurs plus souvent « absents » des collaborations (3^e âge, ressources associatives, emploi) ne font pas nécessairement l'objet de difficultés de collaboration. A l'inverse, l'aide à la jeunesse, fait l'objet de beaucoup de collaborations mais est aussi fréquemment citée comme un secteur faisant l'objet de difficultés de collaboration.

Les services ont également été interrogés sur les mécanismes qui facilitent ou font obstacle aux collaborations.

C) Les facilitateurs et les obstacles

Les **principaux facilitateurs du travail en réseau** identifiés par les services sont : les bonnes relations, la connaissance du service ou des personnes, les complémentarités institutionnelles, l'inscription du réseau dans la politique ou la conception des travailleurs. On retrouve parfois

ce qui était présenté comme des **formes de travail en réseau** dans les facilitateurs : le fait d'avoir déjà eu des collaborations par le passé, la participation à des réunions avec ces partenaires.

Pour les obstacles à la collaboration avec les secteurs avec lesquels ils ont des difficultés : les plus fréquemment cités ne figuraient pas dans les annexes proposées. Une nouvelle catégorie a dû être créée. Elle reprend l'appréciation négative du partenaire, le manque de confiance, de respect et les problèmes autour de l'entrée ou de la sortie d'institutions résidentielles. Les délais d'attente ou le manque de places ainsi que le manque de disponibilité des professionnels sont aussi pointés, de même que le manque de communication et les problèmes de secret professionnel partagé.

E. Public et implication des usagers et des non professionnels

Pour une grande majorité des répondants, il y a un **public** particulier pour lequel ils travaillent davantage en réseau. Ce public est surtout décrit comme étant *des enfants* (y compris les adolescents et la petite enfance) ou un public *défavorisé, fragilisé, carencé*.

La quasi totalité des centres déclarent en outre **impliquer l'utilisateur**. Comment cela se traduit-il concrètement ? C'est surtout par l'information aux usagers, par la participation aux réunions, mais aussi via l'accompagnement (dans le réseau, dans les démarches ou dans son projet), en étant attentif à sa volonté, en cherchant son accord, en activant le réseau avec lui et en étant attentif à lui laisser le choix entre plusieurs possibilités.

Concernant le **réseau non professionnel**, une grande majorité de services déclarent aussi l'impliquer. Mais dans de nombreux cas, cette **implication** n'est pas systématique : elle est notamment fonction de la volonté du patient. Elle se réalise principalement en impliquant le réseau naturel de l'utilisateur (famille, entourage) ou les ressources associatives (comme les groupes de self-help) via des contacts, des rencontres ; l'invitation et la participation à des réunions, à des manifestations ou les orientations vers les groupes de self-help sont également mentionnées.

F. Travail en réseau hors territoire/hors SSM

Trois quarts des SSM déclarent travailler **en dehors des limites** définies pour leur territoire. D'après une première estimation (basée sur une appréciation subjective de l'équipe), cela représenterait en moyenne autour de 15% de l'ensemble du travail en réseau. Mais cette proportion semble difficile à estimer pour les SSM (moins de la moitié de l'échantillon a répondu et les commentaires annexes au questionnaire évoquent cette difficulté). De plus, on observe une grande variabilité des résultats (entre 1 et 80%). Il convient donc de rester prudent par rapport aux interprétations qu'on peut en tirer.

Quant au travail en réseau réalisé **à l'extérieur de l'enceinte du SSM**, il n'est pas non plus facile à estimer pour les centres (25% de non réponses) et varie également beaucoup (entre 5 et 82%). D'après une première estimation, cela représenterait en moyenne 37% (la médiane étant de 30%). Et il apparaît dans les résultats que les équipes enfants travailleraient moins à l'extérieur que les équipes adultes ou mixtes. Cependant, il convient aussi de prendre des précautions avec cette estimation, qui est très variable (de 5 à 75%), d'autant plus que le nombre d'équipes « enfants » dans notre échantillon est limité.

G. Analyse des commentaires

Les commentaires transmis en annexe au questionnaire par les SSM sont au nombre de 13 et portent essentiellement sur 3 sujets :

- la **méthodologie** de la recherche : le délai de réponse, des remarques par rapport à certaines questions.
- la **fonction de liaison** : quelle implication dans le travail en réseau clinique ? Sera-t-elle assumée par une seule ou plusieurs personnes (avec une préférence exprimée par certains pour la seconde option) ?
- le **responsable de la gestion journalière** : les répondants soulignent les différences entre la fonction de gestion journalière et la fonction de liaison au niveau du réseau (même si les représentations extérieures constituent un point commun). Des commentaires pointent aussi que le questionnaire ne porte pas sur les aspects concrets de la tâche de responsable de la gestion journalière, à laquelle la fonction de liaison devrait pourtant s'articuler.

H. Limites et perspectives

Une certaine prudence est de mise quant à l'interprétation des résultats de ce travail et à leur extrapolation à l'ensemble des SSM, même si la participation est bonne. Cette enquête dessine essentiellement des grandes tendances de la situation actuelle, sans toujours pouvoir entrer dans toute la complexité du travail en réseau, par exemple en détaillant chaque réponse pour le réseau institutionnel et clinique.

Les motivations des répondants ne sont pas connues. Mais étant donné le contexte particulier de l'enquête (questionnaire envoyé par l'autorité de tutelle dans le cadre de la mise en œuvre d'une nouvelle fonction), certains SSM ont pu avoir l'impression que certaines réponses étaient « attendues ».

De plus, rappelons que certains **chiffres** s'appuient sur de questions ouvertes, traitées de façon **qualitative**. Ils sont à prendre à titre plutôt indicatif.

Pour poursuivre, il pourrait être intéressant de compléter cette approche globale en approfondissant certains aspects comme la fonction du responsable de la gestion journalière, la part de travail en réseau clinique et institutionnel pour les personnes désignées responsables du réseau, les variations en termes de formalisation du réseau, selon la population ou la province.

On pourrait également envisager des entretiens avec des SSM où il y a un responsable des contacts réseau, aller à la rencontre des « agents de liaison » existants évoqués dans le questionnaire. Sans oublier de s'intéresser à ce qui se fait dans d'autres secteurs en matière de fonction de liaison.

ANNEXES :

1. LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT DU QUESTIONNAIRE

2. QUESTIONNAIRE RESEAU ET SES ANNEXES

ANNEXE 1 : LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT DU QUESTIONNAIRE

Madame, Monsieur,

En sa séance du 12 juillet 2007, le Gouvernement wallon a approuvé une note d'orientation qui lui était présentée par mon prédécesseur, la Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Égalité des Chances, Madame Christiane VIENNE.

Cette note d'orientation résultait, notamment, des importants travaux menés dans le cadre des Assises de la Santé mentale, travaux auxquels vous vous êtes associés activement.

Comme je l'ai annoncé à plusieurs reprises, mon intention est de poursuivre l'action entamée par mon prédécesseur : je m'inscris donc totalement dans la continuité en vous proposant, aujourd'hui, de participer volontairement à une enquête destinée à recueillir l'information nécessaire à asseoir la proposition relative à la création de la fonction de liaison.

En effet, vous vous souviendrez que cette proposition de fonction nouvelle évoquée dans la note d'orientation, était décrite en ces termes :

- « *Cette fonction devra être assumée par un membre de l'équipe qui veillera à l'organisation journalière du service dans ses aspects fonctionnels et administratifs (c'est-à-dire celle qui crée le lien interne) et qui s'attellera à construire et entretenir l'ancrage de celui-ci dans le réseau et sur un territoire donné.*

Ce membre du personnel travaillera à la reconnaissance institutionnelle de son association vis-à-vis des autres partenaires, ce qui ne vient cependant en aucun cas diminuer l'implication de l'ensemble du personnel à ce travail journalier de réseau.

Cette fonction devra donc :

- *permettre au service de gagner du temps au bénéfice des prises en charge, étant entendu, que les thérapeutes seraient ainsi dégagés de certaines tâches administratives et de représentation ;*
- *permettre d'améliorer la qualité du service offert. Le service de santé mentale étant ainsi mieux identifié dans le réseau de par le*

travail d'intégration fourni par cette fonction de liaison, cela devrait favoriser la création de contacts privilégiés entre partenaires.

Cette personne devrait donc, au sein de l'institution envoyeuse, soutenir et accompagner la personne dans sa démarche de consultation vers le service de santé mentale. Le risque de ne pas voir aboutir la personne en consultation pourrait alors être diminué. »

Par ailleurs, l'Institut wallon pour la Santé mentale m'a transmis les résultats de l'étude qu'il a réalisée, avec le soutien de la Région wallonne, sur **les pratiques de réseau en santé mentale**. Celle-ci s'appuie sur les travaux menés avec l'ensemble des acteurs depuis sa création en 2003. Le rapport complet est disponible sur le site de l'IWSM : www.iwsm.be. Je vous invite, si ce n'est fait, à en prendre connaissance.

Commentaire [i1] : Page : 1
Voir si on parle des balises ici,
mais ça ne se met pas très bien

Dès lors, dans la perspective de soumettre au Gouvernement wallon la proposition de mise en place effective de cette nouvelle **fonction de liaison** au sein de vos services, j'ai chargé l'Institut wallon pour la Santé mentale, fort de ses travaux sur le réseau, de rédiger un questionnaire pour recueillir des informations sur la manière dont s'organisent, actuellement, les pratiques de réseau dans les services de santé mentale.

En pratiquant de la sorte, mon souhait est d'appuyer la configuration de cette nouvelle fonction sur vos réalités de terrain et une argumentation solide.

C'est pourquoi, je vous invite vivement à participer à cette enquête et à contribuer ainsi à l'élaboration de ce projet.

Cette participation est volontaire. Elle sera aussi pour vous l'occasion de prendre un moment pour faire le point sur vos pratiques de réseau et de les rendre plus visibles.

Concrètement, ce **recueil de données** constitue la première phase d'investigation qu'il est proposé de compléter en équipe et par siège, et de renvoyer à l'Institut wallon pour la Santé mentale pour le 31 janvier 2008 au plus tard (personne de contact à l'IWSM : Isabelle DELIEGE), à l'adresse suivante :

Institut wallon pour la Santé mentale
Rue Henri Lemaître, 78
5000 NAMUR

La seconde phase, davantage **prospective**, visera à investiguer plus précisément les missions de cette fonction de liaison. Elle s'appuiera, d'une part, sur l'analyse des données récoltées via le questionnaire, d'autre part, sur une investigation des profils de ce type de fonctions telles qu'elles se développent ailleurs.

Dans l'intervalle, je vous invite d'ores et déjà, si vous le souhaitez, à manifester votre intérêt en participant à l'enquête ci-annexée.

Dans l'attente des conclusions relatives à cette première phase d'investigation, je vous prie, Madame, Monsieur, de croire à l'assurance de ma parfaite considération.

Le Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Égalité des Chances,

Paul MAGNETTE

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE SUR LE RESEAU EN SERVICE DE SANTE MENTALE

A. Caractéristiques du service

Nom du service :.....
Adresse :.....
.....
Tel :.....
Adresse mail :.....
Personne de contact :.....
Province :.....
Taille de l'équipe (exprimée en nombre total d'heures de travail, quel que soit le statut des travailleurs) :
.....
Pourcentage des dossiers « enfants » (- de 18 ans) dans le dernier rapport d'activités (2006): %

B. Définition du réseau

Le terme réseau a de multiples significations et peut recouvrir des réalités différentes. Par conséquent, il convient de préciser ce qu'on entend par « réseau ».

Dans les travaux IWSM, il a été défini comme :

- « les pratiques des intervenants qui se mettent ensemble pour réaliser un projet concerté, quel qu'il soit, qu'il porte sur une situation ou sur une action (de prévention, de formation) ».
- Ou encore : « la collaboration simultanée ou successive entre intervenants autour d'une situation et ce qui est mis en place comme cadre ou comme collaboration entre intervenants, indépendamment d'une situation, pour qu'ils puissent fonctionner ensemble quand le cas se présente ».

1. a) Pour vous, le réseau consiste plutôt en :

- un travail avec d'autres intervenants autour de la situation clinique d'une personne ou d'une famille (« réseau clinique »)
- un travail de concertation avec d'autres intervenants indépendamment d'une situation particulière (« réseau institutionnel »)
- les deux

1. b) D'après vous, l'un peut-il faciliter l'autre ?

- non
- oui

En quoi ?

.....
.....
.....

1. c) Et vous, quelle est votre définition du réseau ?

.....
.....
.....
.....
.....

C. Pratiques de réseau

2. Le travail en réseau peut prendre différentes formes. Pouvez-vous cocher celles qui correspondent à votre pratique ?

(Plusieurs réponses possibles)

- Relais entre services
- Participation à des réunions sur des situations cliniques entre acteurs qui interviennent conjointement
- Concertation informelle avec d'autres professionnels présents dans la même situation
- Partenariat conventionné : accord sur des modalités ou des procédures de collaboration (p. ex. dans le cadre des projets thérapeutiques)
- Outils communs : pratiques de « case management » (un case manager est une personne de référence qui peut suivre l'utilisateur au-delà du service), organisation d'un « plan de services individualisés »
- Elaboration et participation à un projet commun avec des partenaires: p. ex. une activité de prévention, une journée d'étude, une formation commune.
- Participation à des réunions communes, qui ne traitent pas de cas spécifiques : p. ex. plateforme de concertation, coordination et concertation locale ou régionale.
- Supervision d'autres équipes ou interventions communes à plusieurs équipes
- Connaissance personnelle entre certains membres de différentes équipes
- Rencontres autour de la présentation de son service ou d'autres services
- Echange de personnel entre services
- Autres (précisez):
-

D. Partenaires

3. a) Avec quels secteurs travaillez-vous en réseau ?

(Plusieurs réponses possibles. Pour vous aider, une liste détaillée de services regroupés par secteurs est proposée en annexe p. 1)

- Milieu scolaire
- Services sociaux
- Services Petite enfance
- Aide à la jeunesse
- Justice/police
- Soins de santé ambulatoires
- Soins de santé résidentiels
- Troisième âge
- Handicap
- Santé mentale ambulatoire
- Santé mentale intra-muros
- Emploi /insertion professionnelle
- Ressources associatives

3.b) Pouvez-vous préciser les 3 secteurs avec lesquels vous travaillez le plus, et, pour chacun d'eux, citer les principaux services partenaires.

(Le type de service suffit. Il n'est pas utile d'en préciser le nom ou les coordonnées).

Secteur 1 : (1^{er} secteur avec lequel vous travaillez le plus)

Principaux services partenaires :

.....
.....
.....
.....

Secteur 2 : (2^e secteur avec lequel vous travaillez le plus)

Principaux services partenaires :

.....
.....
.....
.....

Secteur 3 : (3^e secteur avec lequel vous travaillez le plus)

Principaux services partenaires :

.....
.....
.....
.....

4. a) Pourquoi travaillez-vous prioritairement avec ces partenaires ?

(Pour répondre, vous pouvez notamment vous inspirer de la liste de raisons présentée en annexe p. 3)

.....
.....

4. b) Qu'est-ce qui facilite ces relations ?

(Pour répondre, vous pouvez aussi vous inspirer de la liste de raisons présentée en annexe p. 3)

.....
.....
.....

5. a) Avec quel(s) secteur(s) / service(s) ne travaillez-vous pas en réseau?

.....
.....
.....

5. b) Et pourquoi ?

(Pour répondre, vous pouvez vous inspirer de la liste de raisons présentée en annexe p. 4)

.....
.....
.....

6. a) Avec quels secteurs/services éprouvez-vous des difficultés à travailler en réseau ?

6. b) Qu'est-ce qui fait obstacle ?

(Pour répondre, vous pouvez vous inspirer de la liste d'obstacles potentiels présentée en annexe p. 4)

.....
.....
.....
.....

7. Le réseau « non professionnel » (c'est-à-dire le réseau naturel du patient et ses autres « ressources associatives », comme les groupes de self-help etc.) est-il impliqué dans le travail en réseau ? Comment ?

.....
.....
.....
.....

E. Modalités pratiques

8. Quelle proportion de travail en réseau estimez-vous réaliser à l'extérieur du SSM?

8. a) En général : *(Exprimez-le en pourcentage par rapport à l'ensemble du travail en réseau)*%

Dans les trois secteurs avec lesquels vous travaillez le plus souvent en réseau :

8. b) Secteur 1 :%

8. c) Secteur 2 :%

8. d) Secteur 3 :%

9. a) Dans la pratique, qui, dans votre service, travaille en réseau?

- Personne
- Tout le monde
- Une ou plusieurs personnes

9. b) Dans ce cas, précisez sa (leur) fonction *(assistante sociale, psy, responsable de gestion journalière, ...)* :

.....
.....

10. a) Pratiquement, avez-vous désigné une ou plusieurs personnes « responsable(s) » des contacts avec le réseau ?

- Non
- Oui

10. b) Si oui, précisez sa (leur) fonction *(assistante sociale, psy, responsable de gestion journalière, ...)* :

.....
.....

10. c) Et précisez son (leur) rôle :

.....
.....
.....

11. a) Y a-t-il une formalisation du travail de réseau ?

- non
- oui

11. b) Si oui, comment est-il formalisé ?

- par des conventions signées entre partenaires du réseau
- par un accord sur un certain nombre d'outils ou de procédures communes
- autre (précisez) :

.....

12. Le fonctionnement en réseau est-il inscrit dans une politique de votre institution ?

- oui
- non

13. Le Service de Santé Mentale impulse-t-il des initiatives de réseau ?

- oui
- non
- parfois

Commentaires

.....

.....

14. a) Votre pratique de réseau se développe-t-elle en dehors des limites du territoire défini au SSM ?

- Non
- Oui

14.b) Si oui, estimez dans quelle proportion du travail en réseau :

(Exprimez-le en pourcentage par rapport à l'ensemble du travail en réseau)%

F. Public

15. a) Y a-t-il un public pour lequel vous travaillez davantage en réseau ?

- Non
- Oui

15. b) Si oui, comment le définiriez-vous ?

.....

.....

.....

.....

G. Participation des usagers

16. a) Les usagers sont-ils impliqués dans le travail en réseau ?

- Non
- Oui

16. b) Si oui, comment cela se traduit-il concrètement (par une information, une participation aux réunions, ...)?

(Vous pouvez vous reporter aux pistes de réflexion proposées en annexe p. 4, pour répondre à cette question)

.....

.....

.....

.....

Annexes au questionnaire

D. Partenaires

Question 3 a & b : Partenaires³⁷

- **Milieu scolaire**
Enseignant
Centre PMS
Promotion de la Santé à l'Ecole³⁸
Centre de formation professionnelle.
Logopède dans le cadre scolaire
Service de décrochage scolaire
- **Services sociaux**
Centre public d'aide sociale
Service d'aides familiales et aides senior
Mutuelle
Maison d'accueil
Services sociaux de prévention
- **Services Petite enfance**
Office de la naissance et de l'enfance (TMS,...)
Gardienne d'enfants
Crèche
Pouponnière
Maison maternelle
- **Aide à la jeunesse**
Service d'Aide à la Jeunesse
Service de Protection de la Jeunesse
Centre d'Orientation Educative
Aide en Milieu Ouvert
Service de Prestations Educatives ou Philanthropiques
Institut Public de Protection de la Jeunesse
Service d'accueil résidentiel
- **Justice/police**
Tribunal Jeunesse
Autre Tribunal
Tribunal d'application des peines (défense sociale et alternatives Libération Cond.)
Service de probation
Médiation pénale
Police
Prison/Service Psycho Social Intra-pénitentiaire
Avocat
Maison d'accueil socio-sanitaire
- **Soins de santé ambulatoires**
Omnipraticien
Pédiatre
Maison médicale

³⁷ Il s'agit d'une liste indicative qui peut/doit bien sûr être complétée par chaque service.

³⁸ (ancienne Inspection médicale Scolaire)

- Autre médecin spécialiste
- Paramédicaux
- Soins à Domicile
- **Soins de santé résidentiels**
- Hôpital général
- Service d'urgence
- **Troisième âge**
- Maison de repos
- Maisons de repos et de soins
- Centre de jour
- **Handicap**
- Bureau Régional de l'Awiph
- Service Résidentiel
- Service d'accueil de jour
- Service d'accompagnement
- Service d'aide précoce
- Centre de Réadaptation Fonctionnelle non psy
- **Santé mentale**
- "Psy" privé
- Autre SSM
- Centre de Réadaptation Fonctionnel psy
- Consultation Psy en hôpital (psychiatriques et / ou psychologiques)
- Centre de Planning Familial
- Equipe SOS enfants
- Service toxicomanie
- **Santé mentale intra-muros**
- Service d'urgence psy
- Service psychiatrique au sein d'un Hôpital Général
- Hôpital psychiatrique (jour et nuit, jour ou nuit)
- Hôpital de jour
- Habitations protégées
- Communauté Thérapeutique
- Maison de Soins Psychiatriques
- **Emploi/insertion professionnelle**
- Employeur
- Comité subrégional de l'emploi
- Centre de formation professionnel (awhip)
- Agence Locale pour l'Emploi
- CEFA
- Onem/ Forem
- Organisme d'insertion socioprofessionnelle
- Services d'insertion socioprofessionnelle
- Médecine du travail
- Agence d'interim
- Entreprise de Formation par le Travail
- Entreprise d'insertion
- Entreprise de Travail Adapté
- Centre d'orientation Spécialisée

- **Ressources associatives**
- Association de Parents et de familles d'usagers
- Association d'usagers
- Groupe de self help
- Groupe de loisirs
- Mouvement de jeunesse
- Association de quartier
- Club sportif
- Club de loisirs
- Association communautaire : religieuses, ...

Question 4 a & b: Raisons et facilitateurs du travail avec les partenaires

Quelques éléments qui rendent possible ou facilitent le travail en réseau :

- Complémentarités institutionnelles par rapport à la nature des services proposés aux usagers (par exemple ambulatoire-hospitalier-domicile ; individuel-groupe ; thérapeutique-culturel-professionnel ; complémentarité des horaires auxquels les services sont proposés ...)
- Disponibilité du service pour les usagers (places disponibles, absence de délai d'attente ou délais raisonnables)
- Bonnes relations avec ce service:
 - o affinités relationnelles / personnelles entre certains membres des deux équipes
 - o connaissance préalable du service ou de certaines des personnes qui y travaillent
- Compatibilité des horaires (journée / soirée, temps partiels) entre les deux services pour les rapports entre professionnels
- Facilités de compréhension entre équipes (p. ex. langage, école de pensée similaires)
- Moyens financiers
- L'inscription du travail en réseau
 - o dans la politique institutionnelle
 - o dans le cadre réglementaire
 - o dans la « conception du travail » des personnes concernées / « volonté » individuelle
- Caractéristiques du territoire
- Caractéristiques de la situation du patient (préciser)
- Existence de projets communs avec ce service
- Fréquentation de ce service par nos usagers
- Autre : ...

Question 5 b & 6 b : Obstacles au travail avec les partenaires

Les obstacles possibles à l'établissement de liens peuvent être de différents ordres :

- Absence de volonté de l'utilisateur
- Incompatibilité relationnelle / personnelle entre certains membres des deux équipes ;
- Absence de connaissance préalable du service ou des personnes qui y travaillent
- Concurrence institutionnelle
 - o par rapport aux usagers / patients
 - o par rapport aux subsides
 - o appartenance à des « piliers » différents
- Surcharge du service et délais d'attente
- Enjeux de pouvoir
- Incompatibilité d'horaire (journée / soirée, temps partiels) entre les deux services
- Différence de langage / de lexique ; problème de compréhension
- Différence d'école de pensée
- Différence de pratiques
- Enjeux et moyens financiers
- L'absence de demande de collaboration chez l'interlocuteur
- L'absence d'inscription du travail en réseau
 - o dans la politique institutionnelle,
 - o dans le cadre réglementaire
 - o dans la « conception du travail » des personnes concernées
- Caractéristiques du territoire
- Législations et réglementations respectives différentes (dépendant éventuellement de niveaux de pouvoir différents)
- Remise en question identitaire / crainte d'une indifférenciation au sein du réseau
- Autre : ...

G. Participation des usagers

Question 12: implication de l'utilisateur

Par exemple :

- Expose-t-on et explique-t-on à l'utilisateur les valeurs, le type, les règles, le déroulement et le coût de prise en charge de son institution et des différentes autres institutions vers lesquelles on le réfère ?
- Propose-t-on (au moins) un choix entre 2 possibilités existantes dans le réseau ?
- Prend-t-on en considération sa volonté (ou son absence de volonté) de mise en place d'un réseau, d'un projet ?
- Accompagne-t-on la personne dans son projet (ou dans l'élaboration de celui-ci avec elle si elle n'en a pas) ?
- Mobilise-t-on le réseau (éventuellement informel) de l'utilisateur ?